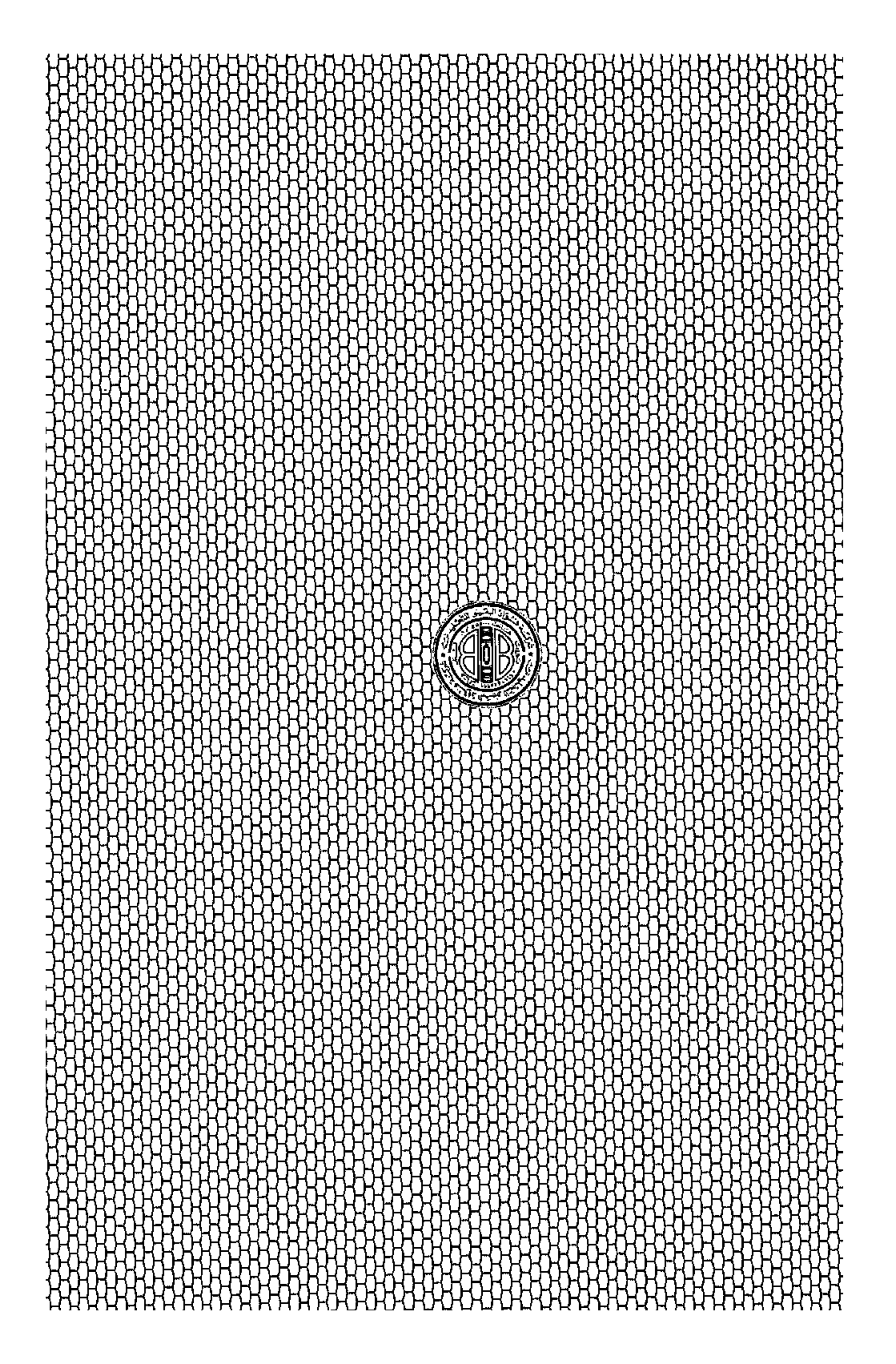
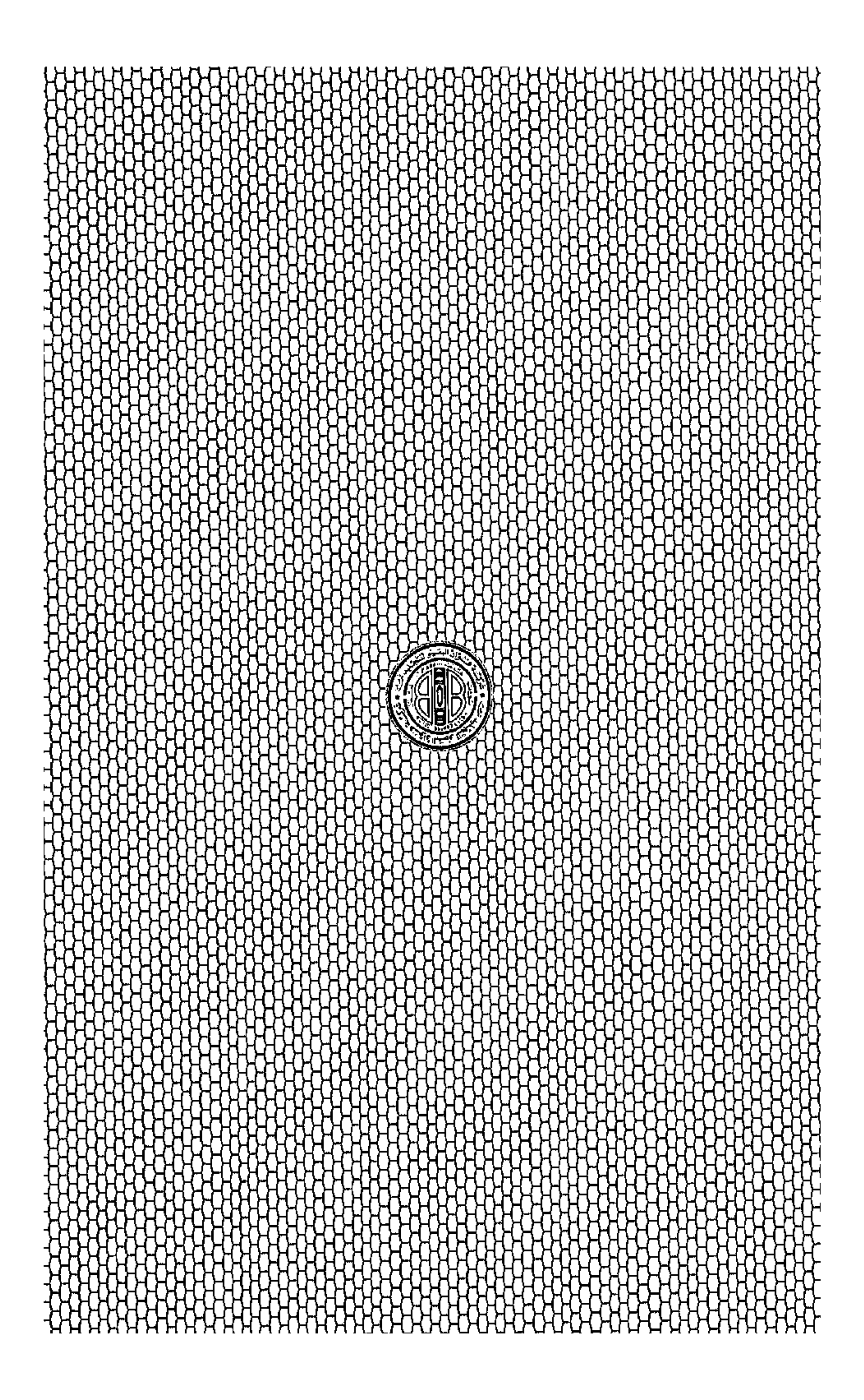
علم النفس الإكلينيكي

الأستاذ الدكتور
محمد جاسم العبيدي
مركز البحوث التربوية و النفسية




mohamed khatab





علم النفس
الإكلينيكي

150
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: (2008/5/1695)
المؤلف: محمد جاسم العبيدي
الكتاب: علم النفس الإكلينيكي
الواصفات: علم النفس الإكلينيكي - علم النفس
لا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أو الناشر
ISBN:978-9957-16-408-9

الطبعة الأولى 2004م - 1425هـ
الطبعة الثانية 2009م - 1430هـ
الطبعة الثالثة 2013م - 1434هـ

جميع الحقوق محفوظة للناشر All rights reserved **Copyright ©**

يُحظر نشر أو ترجمة هذا الكتاب أو أي جزء منه، أو تخزين مادته بطريقة الاسترجاع، أو نقله على أي وجه، أو بأية طريقة، سواء أكانت إلكترونية أم ميكانيكية، أو بالتصوير، أو بالتسجيل، أو بأية طريقة أخرى، إلا بموافقة الناشر الخطية، وخلاف ذلك يُعرّض لطائلة المسؤولية.

No part of this book may be published, translated, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying,recording or using any other form without acquiring the written approval from the publisher. Otherwise, the infractor shall be subject to the penalty of law.



أسسها خالد محمود جابر حيف عام 1984 عمان - الأردن
Est. Khaled M. Jabar Haif 1984 Amman - Jordan

المركز الرئيسي
عمان - وسط البلد - قرب الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري - رقم 3 د
هاتف: 4646361 6 (962 +) فاكس: 4610291 6 (962 +) ص.ب 1532 عمان 11118 الأردن

فرع الجامعة
عمان - شارع الملكة رانيا العبد الله (الجامعة سابقاً) - مقابل بوابة العلوم - مجمع عربيات التجاري - رقم 261
هاتف: 5341929 6 (962 +) فاكس: 5344929 6 (962 +) ص.ب 20412 عمان 11118 الأردن

Website: www.daralthaqafa.com e-mail: info@daralthaqafa.com

Main Center
Amman - Downtown - Near Hussayni Mosque - Petra Market - Hujairi Building - No. 3 d
Tel.: (+962) 6 4646361 - Fax: (+962) 6 4610291 - P.O.Box: 1532 Amman 11118 Jordan

University Branch
Amman - Queen Rania Al-Abdallah str. - Front Science College gate - Arabiyat Complex - No. 261
Tel.: (+962) 6 5341929 - Fax: (+962) 6 5344929 - P.O.Box: 20412 Amman 11118 Jordan

Dar Al-Thaqafa For Publishing & Distributing



علم النفس الإكلينيكي

الأستاذ الدكتور
محمد جاسم العبيدي
مركز البحوث التربوية و النفسية



1434هـ-2013م

الفهرس

الفصل الأول

الفصل الثاني

الفصل الثالث

الفصل الرابع

الفصل الخامس

الفصل السادس

الفصل السابع

الفصل الثامن

الفصل التاسع

الفصل العاشر

الفصل الحادي عشر

الفصل الثاني عشر

الفصل الثالث عشر

المقدمة

يعتبر هذا الكتاب في علم النفس الإكلينيكي والذي شمل كافة المفردات والمقررات في منهج مادة علم النفس الإكلينيكي في مختلف الجامعات العربية بكلياتها ومعاهدها وأقسامها في مادة الإكلينيكي علم النفس.

ولقد حاولنا في هذا الكتاب أن نعطي صورة مفصلة لمفهوم علم النفس الإكلينيكي وأسسه وأهميته إضافة إلى نشأته التي أوضحنا فيها كذلك أسس العلاج الإكلينيكي النفسي للأمراض النفسية وبكافة تشعباته وعلاقته بالأمراض النفسية والطب النفسي وفي ذلك أحدث ما توصل إليه هذا العلم وفق المصادر الحديثة.

أن الحاجة لهذا الكتاب تنبع من قلة المؤلفات المنهجية في الكليات والمعاهد فيما يخص مادة علم النفس الإكلينيكي وشعوراً مبنياً بتقديم عملاً أو مؤلفاً يبحث في هذا المضمار فقد تم مراجعة المناهج المقررة في كل من دول الخليج العربي واليمن وليبيا والأردن والعراق ومصر فوجدنا أنها تتفق على مفردات أساسية تم وضعها في هذا المؤلف وبشكل عام وشامل.

إن هذا العلم (علم النفس الإكلينيكي) هو علم حديث لا تزال كثير من وجهات النظر النفسية والطبية تدلي بآرائها وتجاربها لتطوير هذا العلم.

خاصة وإن التطور العلمي والتكنولوجي الحديث في العالم قد ازداد في الوطن العربي والتي ترى أن أساليب التقدم العلمي تهتم بالمستحدثات التكنولوجية والتي أدخلت هذه التكنولوجيا معها عادات وتقاليد وأساليب معيشة غيرت الكثير من عادات الشعوب وسببت الكثير من الاضطرابات الوجدانية والعصابية مما يستدعي معها التعرف على أشكال العلاج النفسي وأساليب معرفة هذه الأمراض النفسية وطرق معالجتها وأساليب التشخيص العيادي. وهذا يتطلب الإطلاع والفهم الكامل بأصول علم النفس الإكلينيكي وهذا المؤلف مساهمة في هذا المجال نسأل الله التوفيق.

الفصل الأول

تعريف علم النفس الإكلينيكي وهدفه

الفصل الأول

تعريف علم النفس الإكلينيكي وهدفه

أن علم النفس الإكلينيكي فرع من فروع علم النفس الحديث ويهتم بتقديم الخدمات النفيسة وتقيم درجة الأداء النفسي والعقلي للفرد (من خلال مقاييس مقننه وأساليب موضوعية فنية متخصصة لمعرفة العلة أو السبب وبالتالي وضع العلاج الإكلينيكي للتغيير في سلوكية الفرد أو موقفه (العبيدي 1993).

وأن أول من استخدم مفهوم علم النفس الإكلينيكي العالم ويتمر Witmer للإشادة به إلى إجراءات التقييم والتشخيص المستخدمة مع الأطفال المتخلفين Retarded والمعوقين Handicappe، لذا يعد اهتمام المختصين في ميدان علم النفس الإكلينيكي في فترات مبكرة من نشأة هذا العلم موضوعاً متقدماً إذ بدأ علم النفس الإكلينيكي من الناحية العلمية بإنشاء مؤسسة (Vine Land) لدراسة ضعاف العقول، وفي سنة 1906 تم إنشاء عيادة شيكاغو لإرشاد هاتين المدرستين على دراسة عدد متنوع من الاضطرابات النفسية والعقلية إلا أن الاهتمام الرئيسي ظل كما هو قاصراً على عمليات التشخيص والتخدير للوظائف العقلية وهو الاهتمام الذي بقي مرتبطاً بتعريف علم النفس الإكلينيكي طوال النصف الأول من القرن العشرين كما يظهر من التعريف الذي وضعته جمعية علم النفس الأمريكية (ARA) (APA) والذي جاء فيه.

إن علم النفس الإكلينيكي هو فرع تطبيقي من فروع علم النفس يهدف إلى تحديد خصائص سلوك الفرد وإمكاناته باستخدام أساليب القياس والتحليل والملاحظة كما يقدم الاختبارات والتوصيات لغرض توافق الفرد توافقاً سوياً بعد أن يتم معالجة ما توصل إليه الفحص الطبي والبيانات الشخصية التاريخية والخلفية الاجتماعية ومن خلال استخدام علم النفس الإكلينيكي أساليب علمية لتقديم العون لأشخاص يعانون من اضطرابات انفعالية نفسية ومن ثم علاجهم.

وقد عرف (وتمر 1912) معنى الأساليب الفنية والتقنية لعلم النفس الإكلينيكي المستخدمة إنها تستخدم في توضيح معالم الأداء السايكولوجي والعقلي لشخص ما من خلال استخدام طرق إكلينيكية كالمقابلة أو الملاحظة أو التجريب أو أية وسيلة أخرى تساعد على العلاج لأحداث التغير المطلوب في قدراته وتحقيق فعاليته السوية لذلك الفرد ومساعدته على إعادة بناء شخصيته وتعديل سلوكه حتى يتخطى صعوبة تكيفه ويتخطى أزمته كما يهدف علم النفس الإكلينيكي للتعريف بالإمكانيات النفسية والسلوكية والخصائص السلوكية للفرد من خلال مناهج القياس والتحليل والملاحظة، وإلى التكامل بين المعلومات المتجمعة من هذه المصادر وغيرها من المعلومات المتجمعة عن الفرد باستخراج الفحوص الطبية والتاريخ الاجتماعي بحيث يدلي المختص باقتراحاته وتوجيهاته من أجل توافق ناجح للفرد.

إلا أن هذا التعريف لم يعد مقبولاً من الكثيرين الذين يعملون في هذا الميدان ولا يكاد يخرج على كونه جزءاً من تاريخ قد ولى إذ تعددت وظائف هذا العلم ولم تعد قاصرة على عمليات التخدير واستخراج المقاييس وأدوات التشخيص وأصبحت تمتد لتشمل تقريباً كل ما يمكن جنيه من فروع علم النفس الأخرى وقوانينه المختلفة من أجل منهج أفضل للفرد وإعانته على التوافق والإيجابية والتطور في الإمكانيات البشرية ولا زالت هناك خلافات بين علماء النفس الإكلينيكي بعضهم بالبعض الآخر من جهة وبين علماء الفروع الأخرى الوثيقة الصلة به من جهة أخرى كالطب النفسي في الوصول إلى التعريف المقبول لهذا الفرع الناشئ من علم النفس.

أن تسمية إكلينيكي مصطلح يعود إلى أصل كلمة بمعنى (كلينيكوس) أي فراش المريض. أو فراش المرض) ولكن عالم النفس ود وورث (Wood worth) 1937 اعترض على استخدام مصطلح إكلينيكي لأنه يرى أن مهمة الإكلينيكي هو تقديم المساعدة والعون للأفراد في حل مشكلاتهم أو التخفيف من الأزمة سواء أكان فرداً أو جماعة صغيرة وخاصة تلك المعضلات النفسية التي تتعلق بشئون حياتهم التعليمية أو اختيار المهنة أو مشكلات الأسرة والتوافق الاجتماعي أو

لتوجيه الفرد لتحقيق إمكاناته ضمن قدراته الخاصة لتحقيق توافقه مع الآخرين وبخطوات علمية تبدأ في التقويم النفسي ثم التدخل العلاجي من قبل الأخصائي النفسي لذا من الأيسر أن تبدأ بوصف الأدوار المختلفة التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي المؤهل بنفسه ومن خلال هذا الوصف سيكون من الميسور على القارئ أن يكون إطاراً من التفكير يعينه على المعنى الدقيق لما تسميه بعلم النفس الإكلينيكي. وقد توسع البعض ليطلق المعنى ذاته على علم النفس السريري أو علم النفس العيادي من خلال رؤيتهم بأنه الفرد الذي يراجع مستشفى أو أخصائياً نفسياً أو أي فرد بحاجة إلى استشارة نفسية عياديه من خلال مراجعة عيادة المختص النفسي أو المعالج .

س: ما الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي؟

قد يقال بشكل عام أن وظيفة الأخصائي النفسي الإكلينيكي في أنه يحاول فهم الناس وأنه يشمل فهمه هذا لتقديم العون لهم والمساعدة لحياة أفضل في ميادين العمل ونشاطات الحياة المختلفة إلا أن هذا التعريف لا يوضح لنا عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي ولا يكشف لنا بصورة نوعية مختلفة للأمثلة والنشاطات التي يقوم بها الميدان الإكلينيكي.

إذاً لا بد لنا من شرح مفصل لطبيعة عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي فهو عالم نفسي أولاً يستخدم علومه في مجال مهنة العلاج النفسي وكذلك أن الإكلينيكي يستخدم طرقاً موضوعية علمية ويتوخون البحث الدقيق للتأكد من الموضوعية في العمل مع الآخرين المحتاجين لهم لغرض فهم الأشخاص بكل التعقيدات النفسية في سلوكهم لغرض التغير أو التأثير في السلوك أو لتعديل السلوك الذي ينسجم مع الحياة في مجتمعهم.

إن هدف علم النفس الإكلينيكي وإضافة إلى ما ذكر كما أكد ذلك (Derry, 1976) هو في حل مشكلات الفرد وتخطي الصعوبات، وعبور الأزمات وتعديل السلوك، وإعادة بناء الشخصية وما شابهها.

كما أكد كل من (بيتروفسا) وآخرون (Pietrofesa & others 1978) إن

الأهداف الكلية لكل من علم النفس الإكلينيكي والمعالج النفسي هي في تعديل السلوك للأفراد وفهم الذات، واتخاذ القرار وتطوير مهارات التخطيط للمستقبل، على أن ذلك ينصب في بناء الأمة الإنسانية.

كما يهدف إلى مساعدة الآخرين على حل مشكلاتهم بأنفسهم وتكيفهم مع صعوباتهم التي يواجهونها وتعديل سلوكهم نحو الأفضل حتى يتخطون صعوبات تكيفهم ويعبرون أزماتهم التي يعانون منها.

إن بناء العلاقة كما ذكرها (بوركس وستفلر (Burks & Stefflre, 1979) يكون علاقة من شخص إلى شخص ولو أنها أحياناً تشمل اكثر من شخصيات وقد بنيت هذه العلاقة بمساعدة المحتاجين لها أو أصحاب الحالات أو المرضى لغرض فهم وتوضيح نظرتهم لحيز حياتهم وتعلم كيفية تحقيق أهداف الذات من خلال اختبارات جدية المعنى وحل مشكلاتهم الانفعالية الشخصية.

عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

إن عمل المهنة للأخصائي الإكلينيكي محددة في تقديم خدمات للآخرين أفراداً أو جماعات لغرض مساعدتهم وبالتالي مساعدة المجتمع من أجل تحسين حياتهم نوعاً وكماً وذلك في حل مشكلاتهم ومن خلال استخدامهم الأسلوب العلمي وتوجيه السلوك غير المرغوب إلى سلوك سوي ومساعدة الأفراد لكي يتكيفوا في مجتمعهم.

وينحصر عمل الإكلينيكي في المهام النوعية وأهمها:

1- تقويم السلوك العصابي إلى السلوك المهذب.
2- القيام بنفسه بكل أنواع العلاج النفسي لكافة الأنماط الإكلينيكية وخاصة القلق والاكتئاب والعصاب الذي أصبح يشمل الآن كل الأفراد أو الجماعات التي تطلب العون للتخلص من أنماط ومشكلات اجتماعية أو عملية أو تطلب الإرشاد لطرائق أكثر إيجابية وفعالية لمساعدته على حياة أفضل.
3- القيام بالاستفادة من معظم وقت الإكلينيكي في مساعدة المريض لتعليمه كيفية القيام بأدواره الاجتماعية بطريقة تكون أكثر نضجاً.

4- بناء العلاقات الإنسانية المتينة بين المعالج وصاحب الحالة والمجتمع.

5- أكد (Patterson1973) باترسون أن عمل الأخصائي ينـدرج تحتـه التعـامل مـع مشكلات الأفراد في العلاج النفسـي منـها الجنسـي. جنـوح الأحـداث الأدمـان المخدرات، الاكتئاب، العصبية، الانفعالات الحادة، والمشكلات الحادة التي تتصف باتصالها بالشعور والمشكلات الحادة التي تتصف باتصالها باللاشعور.

سمات الشخصية العامة للأخصائي الإكلينكي:

أجرى أكيللي. (Kelley وكودبيرج Grood. berg) دراسة تتبعيه علـى (248) أخصائي إكلينيكي من العاملين في المستشفيات فتبين لهم بعض الخصـائص الخاصـة منها:

1- تميز الإكلينيكيون العاملون بالبحث الأكاديمي بمسـتوى الذكـاء والإلمام النظـري العلمي بميدان الشهرة والتخصص لكن نشاطاتهم الاجتماعية محـدودة وتمـيزت طفولتـهم ببعـض الاضطرابـات والصراعـات ونشـاطاتهم الرياضيـة محـــدودة وقدرتهم على القيادة أيضاً محدودة يعانون مـن العزلـة والوحـدة ولكـن يغلـب عليهم حب الاستطلاع والتفوق الأكاديمي طوال فترات الدراسة.

2- أما طائفة الإكلينيكـي العـاملين بـالإدارة والإشـراف غلبـت عليـهم خصـائص الانبساط والمساهمات الرياضية المبكرة والقدرات القياديـة وعـادة مـا ينجحـون نجاحاً لا بأس به ولكن درجاتهم على مقياس الذكاء كـانت أكـثر انخفاضـاً مـن فريق الباحثين يغلب عليهم القدوم من أسر أكثر تديناً.

3- أما فئة المعالجين فقد جمعت خصائص موجودة في الطـائفتين السـابقتين ولـو أن طفولتهم تشابهت مع طفولة العاملين بـالبحث العلمـي الأكـاديمي مـن حيـث تميزها بالصراعات والتصدع الأسري وعالجت مشاعر النقص على أكثرهم مـن خلال فترة الدراسة.

4- أضافت بحوث أخرى من الخصائص المميزة للمعالجين منها:

وجود دافع قــوي، ورغبــة شــديدة لفـهم النـاس ومسـاعدتهم وكذلـك فـهم

أنفسهم والتطور من العلوم الرياضية وزيادة الاهتمام بالناس والفنون والنظريات العلمية.

الإكلينيكي وشخصيته:

أن شخصية الأخصائي الإكلينيكي سواء أكان حاصلاً على مؤهل دكتوراه (pH. b) في علم النفس أو متخصصاً في علم النفس والصحة النفسية أو الأمراض النفسية أو كل من لديه مؤهل ذات شخصية نافذة من حيث قوة الملاحظة فيما يتعلق بالانفعالات التي تصدر من المريض عند الممارسة، في الاتصال به أو عند المقابلة أو عند إجراء الاختبار ويبادر بالابتسامة التي لا تفارق وجهه منذ استقباله (للحالة) الفرد ويقترن مع الابتسامة الهادئة عبارة التشجيع والاستحسان، ولنا أن نسأل كيف تتميز الحياة الشخصية للأخصائي الإكلينيكي؟ وما هي الخصائص الشخصية التي تساهم في نجاحه المهني؟

إن العمل الإكلينيكي عمل جمهوره المضطر بين نفسياً والذين يعانون من المشكلات الاجتماعية المختلفة لذا يتطلب منه ما يستمتع بما يأتي:

أولاً: يتطلب منه كفاءة شخصية وقدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في أكثر المواقف غموضاً لأن الذي يعمل في هذا الميدان يجد مشكلات يومية تحتاج منه دقة وقدرات مهمة وإلا فإن الضرر قد يكون بليغاً بالمرض وبالوضع المهني ذاته إذا لم يكن كذلك، كما أن مجالات الممارسة تختلف عن مجالات الحدس والبحث، ويجب أن يكون ذا كفاءة وثقة بالنفس لأنه تواجهه مواقفاً خرقاء (صعبة جداً) قد تسبب له العجز والفشل في الميدان كما يجب أن ينمى في نفسه حب البحث والتساؤل وينمي ثقته في معالجة المشكلات. الطارئة والعملية لذلك فإن المؤتمرات المهنية والتدريبية والتفاعلات مع الزملاء. ضرورية لإعطائه هذا السلاح القائم على الخبرة.

ثانياً: القدرة على تطوير العلاقات الإنسانية المهنية لمرضاه وجمهوره ويجب أن تكون دافئة وفي نفس مشكلة المريض كما يعيشها وبهذا يختلف عن العطف والشفقة ومن التعاطف في الإصغاء وتشجيعه على الحديث دون نقد أو حكم أو موافقة أو عدم موافقة، ولهذا فإن أقسام العلاج النفسي تهتم لهاتين الخاصيتين ومن

الممكن أن ينمي خاصية الإصغاء والمشاركة والإحساس لمشكلات الآخرين بطرائق متعددة منها الإصغاء المتعمد للناس الذين تشعر أنك لا تقبلهم وبالقراءة والإطلاع على السيرة الذاتية والحالات الإكلينيكية المختلفة.

ثالثاً: إدراك المريض في إطار اجتماعي والتعرف في مقتضى ذلك لأن المريض ليس شخصاً مجرداً عن واقعه الاجتماعي والمعالج الجيد هو الذي يدرك ذلك ويعي الظروف الاجتماعية والبيئة المحيطة به وبذلك يتحتم على المريض الفهم العلاجي والتعاون لغرض التشخيص ولو بشيء من الواقعية.

لذا فإن المعالج هو من يحاول فهم الإطار الاجتماعي والبيئة الذي جاء منها المريض وذلك لفهم كيفية تكوين المرض وكيفية علاجه.

رابعاً: التعامل مع الزملاء ومؤسسات العمل:

من المعروف أن الأخصائي الإكلينيكي يعمل في العيادات والمؤسسات النفسية والمستشفيات والجامعات والمصانع والإدارات المختلفة ولكي يتمكن الأخصائي الإكلينيكي من مساعدة جمهوره فإنه يحتاج أساساً للتعامل مع الإدارة والمؤسسات والزملاء والأجهزة البيروقواطية.

عليه يجب أن يتدرب على كيفية التعامل مع هؤلاء وكيفية الإطلاع على أدوار العاملين الرسمية ومصادر القوة غير الرسمية وكيفية الاتصال بأصحاب القرارات ويجب عليه أن يكون متوازن بين وقته كمعالج وذمته كعامل في جهاز إداري وأن يكون قادراً على تحديد الأولويات في أدائه لكل دور في هذين الدورين.

خامساً: احترام الذوق وفهمها وتطويرها هو عمل ضروري لكل الإكلينيكي سواء ان بحثه أو اهتمامه موجهاً للبحث أو العلاج أو الاستشارة لذا فإن الأخصائي الإكلينيكي الجيد هو من يستطيع تحقيق التوازن بين حاجاته للانغماس أو البعد عن عمله، ويعرف متى ينشط ومتى يتحمس ومتى ينسحب ويتراجع، ويجب أن يعرف علاقته بمرضاه على ألا تتجاوز شكلها المهني أو عند ما يجد حياته قد اتسمت بالقلق والاكتئاب ويجب أن يعلم أيضاً أن الحياة لا تخلو من مجازفات مصحوبة وشجاعة على اتخاذ القرارات ويجب أن يعلم أنه لا يستطيع العون أو المساعدة لمن لا يريد منه

ذلك وعليه أن يكون واعياً لذاته وأفعاله ويحتفظ بسجل سلوكي شخصي لحياته. كذلك عليه أن يكون مخططاً جيداً وذكياً بحيث تجمع حياته بين جوانب الترفيه والنشاط الجسمي جنباً إلى جنب مع الاهتمام بحياة جمهوره وسعادة الآخرين.

من اليأس المكتسب، من المشكلات التي تشمل اهتمام العاملين في ميدان الصحة العقلية.

مشكلة الاكتئاب هل هو مكتسباً اجتماعياً؟ أم أنه مصدر وراثي؟ أم هو نتاج اختلال في توزيع العناصر الكيميائية في الخلايا العصبية؟

وقد نجح (سيلجمان Seligman 2975م) حديثاً في أن يجدي بعض التجارب والدراسات الإحصائية ولكي يثبت أن العامل الاجتماعي والتعليم هما العاملان الحاسمان في التطور نحو الاكتئاب، وبالتالي أضاف دعماً قوياً للنظرية القائلة.

بأن (الاكتئاب هو استجابة مكتسبة اجتماعياً) ووجهة نظره أن الاكتئاب يتكون نتيجة التعرض لخبرات شدية وضغوط بيئية قوية يجعل الفرد يشعر باليأس والعجز عن ضبطها ولهذا يعدل الاكتئاب بأساً مكتسباً وعجزاً عن التحكم في البيئة، وبعبارة أخرى: عندما تواجه مشكلة ما فإن أول استجابة لذلك التوتر والقلق فإذا نجحنا في حل هذه المشكلة فإننا نشعر بالراحة والزهو والانتصار وإذا ما فشلنا في هذه المشكلة نشعر باليأس وإذا استمر الفشل والعجز في التحكم في دقة الأمور يصبحا جزءاً من شخصيته.

من هذه الأمثلة الثلاثة يمكن أن نلاحظ أهم ثلاثة وظائف يقوم بهما الأخصائي النفسي الإكلينيكي وهي:

المساهمة في التشخيص والقيام بالعلاج وتعديل السلوك المضطرب... فضلاً عن القيام بالبحوث المتخصصة التي تساهم في إثراء معرفتنا بطبيعة الاضطرابات النفسية والعقلية ولكن هذه الوظائف الثلاث لا تمثل في الحقيقة على ما يستطيع تقديمه الأخصائي النفسي الإكلينيكي وهنالك أدواراً أخرى أمامه للتواصل إلى فكرة دقيقة تستوعب وظائف المريض وما يرتبط بها من وظائف فرعية يمكن تحديد ثلاث مناحي عامة يمكن على أساسها الإلمام بطبيعة عمله وهما الآتي:

أ- مجالات العمل:

فمن حيث مجالات عمل الخبير النفسي الإكلينيكي لا نجدها تقتصر على المستشفيات العقلية أو المصحات النفسية بل تمتد لتشمل ميادين أخرى كالعيادات النفسية الخارجية والعيادات المدرسية والعيادات العسكرية ومن أكثرها التوجيه والإرشاد في المدارس والجامعات والسجون والإصلاحيات ومؤسسات التخلف العقلي ومؤسسات الجانحين ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والخمور والمخدرات كذلك مجالات الصناعة والإنتاج أصبحت تستعين بالأخصائيين النفسيين الإكلينيكي للقيام بالإرشاد النفسي للعاملين والموظفين من أجل صحة نفسية أفضل وطاقة أكبر للإنتاج.

وامتد ميدان عمله ليشمل أي ميدان فيه اهتمام بالإمكانيات البشرية من أجل دفعها إلى الأمام وإلى مزيد من الصحة والفعالية والإنتاج.

ب- النشاطات:

في داخل كل مجال من المجالات السابقة تتسع النشاطات والوظائف التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي وأن من الشائع أن عمل الإكلينيكي يقتصر على تطبيق الاختبارات النفسية لكن هذا غير صحيح فتطبيق الاختبارات لا يمثل إلا جزءاً بسيطاً من وظيفة واحدة يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي وهو وظيفة التشخيص، والتشخيص لا يمثل إلا نشاطاً كبيراً واحداً من بين النشاطات المتعددة التي يقوم بها ويمكن حصر النشاطات في ثلاث نقاط:

1- المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية المختلفة:

وهنا يستخدم الأخصائي عدداً من الاختبارات؟ الملائمة لأغراضه بجانب عدد آخر من الوسائل مثل: الملاحظة والمقابلات الشخصية ودراسة الحالة، وتتعدد الأهداف من التشخيص فلا تقتصر على وضع المريض في فئة تصنيفية من فئات الاضطراب بل يجب أن تشمل على عملية تقويم شاملة للشخصية بحيث يمكن التقرير الإكلينيكي بحالة معينة من معرفة الكثير من العوامل المسببة للمرض ومصدر الاضطراب وظيفياً أو عضوياً ومن ثم وضع المناهج العلاجية المناسبة للمريض.

2- العلاج:

لم تصبح هذه الوظيفة جزءاً من عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلا بعد الحرب العالمية الثانية إذ بدأ الطلب الشديد ذات الطابع النفسي الإكلينيكي لمواجهة الاحتياجات الإكلينيكية الشديدة للمجندين وعصاب الحرب يستخدم فيها مناهج متنوعة من العلاج تنتمي لنظريات وإطارات مختلفة من أهمها:

نظرية التحليل النفسي، نظريات التعلم، النظريات الإنسانية، النظريات المعرفية العقلانية.

3- البحث:

يمثل القيام بالبحوث وظيفة هامة من الوظائف يجب أن يقوم بها الأخصائي النفسي ويحدد [Mackay]، "ماكسي" خمسة أنماط عريضة من البحوث ذات الطابع الإكلينيكي وهي:

أ- إجراء التجارب السلوكية على الحيوانات بهدف الوصول إلى فروض محددة عن الطبيعة البيولوجية في الاضطرابات النفسية والعقلية.

ب- التحقق من الفروض التي توضع في طبيعة الاضطرابات النفسية في مختلف الجماعات والفئات المرضية.

ج- التفحص والتدقيق العملي في دراسة أسباب الاضطرابات النفسية.

د- المقارنة بين الأشكال المختلفة من العلاج.

هـ- الكشف عن العلامات التي تمكن من الحكم على إمكانية شفاء مريض معين.

جـ- الجمهور الذي يقدم له الخدمات:

يعرف (كورشين) أن علم النفس الإكلينيكي يهتم بفهم المشكلات التي تعترض بعض الأفراد ويحاول تقديم الحلول لها ما أمكن وهنا نجد الجمهور الذي يعامله الإكلينيكي هو جمهور المرضى واتجاهه نحو هذا الجمهور هو تقديم العون على حياة أفضل وأكثر فعالية ولهذا يمكن أن ننظر إلى علم النفس الإكلينيك بصفته مهنة الهدف منها الإغاثة، وتتنوع الاضطرابات التي تواجه الشخصية منها مشاعر الكدر

والضيق إلى الحالات العقلية الخطيرة والتخلف العقلي والجناح وتقسيم الاضطرابات التي تواجه الشخصية على وفق فئات خمسة كبرى هي:

1- الاعصبة.
2- الذهان الوظيفي: خلل في التفكير الوظيفي.
3- الذهان العضوي.
4- الاضطرابات الشخصية.
5- التخلف أو الضعف العقلي.

لكن جمهور علم النفس الإكلينيكي أصبح أكثر اتساعاً من الاقتصاء على الفئات أعلاه وأمتد ليشمل الناس فرادى، أو مجموعات وتحول علماء النفس الإكلينيكي تدريجياً من مفهوم التعامل مع فرد واحد مضطرب في جلسة إرشادية أو علاجية إلى مفهوم أكثر اتساعاً، فأصبح من الجمهور الإكلينيكي الآن الأزواج والعائلات التي تطلب عوناً إكلينيكياً لتغيير أنماطها السيئة في التفاعل كذلك طلاب المدارس والجامعات وكل المرضى الذين يعهدهم الطبيب البشري الممارس حالات مضطربة، وأتسع المجال ليشمل المسلجين وحتى الأطفال الجانحين، لذا فإن الجمهور الذي يحتاج لخدمات نفسية. اتسع ليشمل كافة فئات المجتمع.

المتطلبات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي:

هناك بعض المبادئ والمعايير الأخلاقية التي تحكم الممارسين في هذا الميدان والتي ظهرت من خلال المشكلات الصحية التي تواجههم والقرارات الدقيقة التي يشعر الفرد منهم بالحيرة عند اتخاذها وفيما يلي بعض المبادئ الأخلاقية التي ترتبط بميدان الممارسة الإكلينيكي وهي:

المبدأ الأول: التمسك بالمعايير الأخلاقية والقانونية:

على الأخصائي الإكلينيكي عند ممارسته لمهنته أن يظهر احتراماً واضحاً للأوضاع الاجتماعية السائدة في مجتمعه والقيم والعادات والتقاليد لأن خرقه للمعايير الاجتماعية والقانونية والأخلاقية السائدة يترك أثاراً سلبية على مرضاه.

المبدأ الثاني: التصريحات العامة:

وهي عبارة عن التحلي بالتواضع والحذر العلمي والوعي الواضح بحدود المعرفة العلمية المتاحة وفي كل التصريحات التي تصدر من الأخصائي الإكلينيكي عندما يطلب منه بصورة مباشرة أو غير مباشرة الإدلاء بمعلومات معينة للآخرين.

المبدأ الثالث: السرية: (سرية المعلومات)

إن الحفاظ على المعلومات مطلب والتزام أخلاقي أساسي على الأخصائي النفسي العمل بموجب تجنب إفشاء هذه المعلومات مهما كان نوع هذه المعلومات ولأي شخص كان إلا تحت شروط ضرورية معينة.

المبدأ الرابع: الصالح العام للمسترشد أو الحالة:

على الأخصائي النفسي احترام الشخص أو الجماعة التي يعمل معها ويحمي مصالحها ما أمكن وعليه أن يحتفظ بمسئولية تجاه الحالات التي تحول إليه إلى أن يتولى شخص آخر مسئولية ذلك فيكون قادراً على إنهاء العلاقة الإكلينيكية لمرضاه عندما يتأكد بأنها أصبحت غير مفيدة.

المبدأ الخامس: الإعلان عن الخدمات:

عليه أن يتمسك بالمعايير المهنية وليست المعايير الدعائية التجارية عند محاولته التعرف بخدماته.

المبدأ السادس: تفسير الاختبارات والمقاييس:

إن الدرجات التي يحصل عليها الأخصائي النفسي باستخدام المقاييس النفسية والاختبارات يجب معاملتها بنفس المعاملة التي يعامل بهذا هذه الأدوات فلا يجعلها متاحة إلا للأشخاص المدربين على تفسيرها أو الذين يستخدمونها بطريقة لائقة.

المبدأ السابع: الحيطة عند ممارسة البحث العلمي

يتحمل الأخصائي النفسي المسئولية كاملة لحماية صالح الأشخاص أو الحيوانات التي تكون موضوعاً لبحثه.

التصنيف والتشخيص

المقدمة:

مفهوم التشخيص وأهدافه / لقد دخل مفهوم التشخيص إلى الميدان الإكلينيكي من علم الطب وكان يقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة ثم نسبتها إلى مرض معين. فالتشخيص في الميدان الطبي يعني التصنيف أي فهم المريض، وكشف العلاقة بين الأعراض المرضية ونوع الحالة القائمة يمكن القول، أن التشخيص يعني الفهم العميق والشامل للتوافق السلوكي للفرد أما من حيث الأهداف العامة للتشخيص فهي عديدةٌ، ويمكن حصرها كالتالي:

* تحديد العوامل المسببة – التمييز بين الاضطرابات العضوية والوظيفية – تقدير درجة الاضطراب في مداها وعمقها – التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها – تكوين فرض دينامي يتصل بطبيعة العملية الباتولوجية ومكوناتها. فعملية التشخيص تهدف إلى تكوين صورة واضحة عن المفحوص موضوع الدراسة، بقصد تقديم المساعدة أو الخدمة النفسية له.

كما تأخذ عملية التشخيص عادة شكلين أساسيين هما الشكل التصنيفي والشكل الديناميكي[1].

التشخيص:

هو الأسلوب العلمي الذي يمكن السيكولوجي أو المعالج من التمييز بين السوي والمريض والمفهوم نفسه مستعار من الطب البشري حيث يحاول الطبيب تشخيص الاضطراب البدني لمعرفة الأسباب الكامنة وراء المرض وعليه فإن تشخيص السلوك لا يهدف إلى وضع الشخص في فئة مرضية معينة كأن نقول مثلاً إن هذا الشخص يعاني من الهستريا أو من الشيزوفرينا أو يعاني من الوساوس....الخ.

ولكن يهدف التشخيص أساسا إلى وصف كلي لدينامية الشخص، وبمعنى

---

(1) د. فيصل عباس / إشكالات المعالجة النفسية / سنة النشر / 1983 – الطبعة الأولى ص 55.

آخر فإن التشخيص يعد بمثابة تحديد صورة كلية شاملة عن الشخص إذ أن تفاعل كل المنحدرات السابقة يعطي السيكولوجي تصوراً يساعده على فهم شخصية الفرد الموجود أمامه والنقص في الصحة النفسية للفرد، ويمكن المقارنة بين الظروف الإيجابية والظروف السلبية بنفس الطريقة التي تحدث في حالات الصحة الجسمية والمرض الجسمي فمثلاً إذا ما عاش الفرد داخل إطار من العناية الجيدة بالتغذية والنظافة والجو الصحي العام فإن ذلك سيؤثر في صحته إيجابياً وبالعكس.[1]

التصنيف التشخيصي:

التصنيف هو عملية التقليل من تعقد الظواهر بترتيبها في فئات طبقاً لبعض المعايير الموضوعية لهدف واحد أو أكثر، ومن ناحية أخرى فإن (علم تصنيف الأمراض) هو نوع معين من التصنيف،إنه تصنيف الوحدات المرضية في الطب.

أما دراسة المبادئ العامة للتصنيف فهي العلم الذي يبحث في التصنيف أو (علم التصنيف)، والتصنيف في أبسط صورة يعمل كنظام لحفظ الأوزان وترتيبها، فهو مجموعة تحكمية من البحوث والبطاقات التي تبيح التعامل مع البيانات والحقائق براحة ويسهولة وكما أشار (جيلينيك) فإن هذا النظام (هو نتيجة الفهم العميق بل أنه يعد مصدراً لفهم أعمق) إن وحدة التحليل في الطب النفسي وعلم النفس المرضي يمكن أن تكون إما السلوك أو الأمراض أو الناس. فعلماء النفس والمتخصصون فيه يطالبون بدراسة السلوك، في حين يهتم الأطباء النفسيون باعتبارهم متخصصين في الطب بالأمراض[2].

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية:

التشخيص المبدئي الذي يتوصل إليه الطبيب هو إن الأعراض تسمح بتصنيف هؤلاء المرضى تحت فئة عريضة معروفة هي الحميات، وهي أن يقوم الطبيب بجمع المعلومات المختلفة التي تساعده على تحديد المرض الخاص من بين

---

(1) أ. د محمد جاسم العبيدي. (الصحة النفسية ومفهومها والأعراض النفسية وعلاجها) [1996]. ليبيا. ص 46.

(2) كولز. (المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي). [1992]. دار المعرفة الجامعية. ص64.

هذه المجموعة من الأمراض التي يشترك المرضى الذين تم فحصهم في أعراضها أي التوصل إلى تشخيص عام متفق عليه وحينئذ يوصف الدواء.

ويؤكد المعارضون للتصنيف وخاصة في الأمراض العقلية مبدأ التفريد ودراسة كل حالة على حدة، ويرون إن التصنيف وإن كان له ما يبرره في الطب العام فالأمر يختلف عنه في الأمراض العقلية لعدة أسباب منها:

1- إن معظم فئات التصنيف التي قدمها العلماء تهتم بالأعراض الظاهرة.

2- تشابه الأعراض المرضية وخاصة في بداية المرض.

3- عمومية التصنيف.

4- عدم دقة المعايير والمحكمات التي تتخذ للتفرقة بين مرض وآخر.

5- تأثر كثير من التصنيفات بالممارسات في الطب العام.

على أي حال إن التقسيمات والمسميات المختلفة للأمراض العقلية والنفسية ما هي إلا اصطلاحات عرفية تسهل الدراسة[1].

أساليب التشخيص الطبي والنفسي والاجتماعي:

يقصد بالتشخيص معرفة كم المرض، أي معرفة طبيعة المرض ومدى شدته وشموله أي تحديد المرض أو الاضطراب أو الخلل أو المشكلة أو مظاهر الشذوذ أو الانحراف عن طريق ما يظهره الفرد من أعراض أو عن طريق معرفة أصل الاضطراب ومنبعه ومجرى نموه.

كذلك يقصد بالتشخيص تصنيف الفرد على أساس سمات معينة والتشخيص هو أول خطوة يقابلها المريض عندما يدخل إلى مستشفى الأمراض العقلية أو يذهب إلى إحدى العيادات النفسية.

ويلزم أن يكون التشخيص كاملا، وأن يحفظ في سجل دائم وذلك لأن المريض إما أن يقيم لفترة طويلة في المستشفى تصل في بعض الحالات إلى (30

(1) د. سعد جلال. (في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية). دار الفكر العربي. الإسكندرية. ص128.

أو40) سنة أو يخرج منها ثم يعود إليها ثانية وتحتفظ المستشفيات بسجلات تشخيصية عن المريض وعن تقدم المريض وشفائه فيحتفظ بما يعرف باسم تاريخ الحالة.

وتختلف أساليب التشخيص باختلاف الهدف من إجرائها وباختلاف المؤسسة التي تجريها. فإذا كان الهدف هو إدخال المريض لإحدى المؤسسات أو المستشفيات العلاجية فإن التشخيص يستهدف توضيح الأعراض.

وفي الحالات التي تستهدف فيها التشخيص تحديد العوامل المسؤولة عن حدوث الإصابة.

وحيث أن التشخيص يتطلب الحصول على معلومات كثيرة، طبية، ونفسية، واجتماعية، وتاريخية لذلك فالتشخيص المثالي هو الذي يقوم به فريق من المتخصصين في الطب والطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي والخدمة الاجتماعية.

كثير من الأمراض العضوية ترتبط بالأمراض العقلية ولذلك فإن الهدف من التقويم الطبي والجسمي والعصبي هو اكتشاف أي حالة جسمية أو عصبية تتصل بالمرض الحالي.

التشخيص النفسي:

يعتمد التقويم أو التشخيص النفسي على استخدام ملاحظة المريض ومقابلته وتطبيق الاختبارات النفسية المتعددة ويتضمن تقويم السلوك العام والقدرات وتنظيم الشخصية[1].

التصنيف: (1)

هو عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي، وتصنيف دقيق. يفرز بها الأخصائي الأعراض، أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات إلى أنواع متشابهة، والأفراد المرضى إلى مستويات محدودة أو درجات مرضية.

---

(1)عبد الرحمن العيسوي/العلاج النفسي/ دار الفكر الجامعي/ الإسكندرية ص 53 -54.

التصنيفات الإكلينيكية:

1- التصنيف الفارق:

أن لا يجوز مطلقاً الخلط بين التشخيص والتصنيف رغم تداخلهما لأن التشخيص هو (عملية إكلينيكية) ترتكز على معايير وتستلزم أدوات متعددة وتشتمل على متغيرات متعددة بينما عملية التصنيف هي(عملية طبية) لتقسيم وفرز الأمراض وتصنيفها من حيث الدرجة أو النوع.

2- تصنيف وليامسن الإرشادي:

يستخدم (وليامسن) 1950 تصنيفاً يرتبط بمجالات الإرشاد النفسي معتبراً ذلك فرعا من فروع العمل الإكلينيكي.

3- تصنيف بينسكي لمشكلات الطلبة:

وضع العلم بينسكي 1954 تصنيفاً لمشكلات الطلبة في كتابه وذكر ان الطلبة يتعرضون لمشكلات قاسية أبرزها:

مشكلات نقص المعلومات وضعف الثقة في النفس - نقص المهارات والاعتماد على الغير ومشكلات الصراع النفسي، ومشكلات القلق في الاختبار.

4- تصنيف كريبلين:

ويعتبر تصنيف كريبلين مشهوراً وشائعاً وقد قامت بتعديله (جمعية الطب النفسي الأمريكية).

5- تصنيف الميكانيزمات لكيمف (1921):

قام كيمف في كتابه المشهور: بتصنيف الأمراض على أساس الميكانيزمات.

6- تصنيف راود 1956 الديناميكي:

قام راود في كتابه بالإشارة إلى تصنيف أطلق عليه (التصنيف الديناميكي) أنه نظر إلى الأسباب المرضية من منظار ديناميكي.

7- تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية 1978:

ويعتبر هذا التصنيف أقرب إلى الشمول من غيره، وقد لقي قبولاً من معظم

المختصين في الطب النفسي والعقلي وعلم النفس المرضي.

8- تصنيف الأزمات المعاصرة لها رقي روبين:

يقسم (هارقي روبين في كتابه الجديد) أحداث الحياة التي يتصدى لها الإنسان إلى قسمين رئيسين:

أ- أحداث تطور الفرد النمائية: هي تحمل أزمات متوقعة.

ب- أحداث الحياة الطويلة المفاجئة: هي تحمل أزمات غير متوقعة.

التشخيص:

وهو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعيها (الكمي والكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة والمقابلة ودراسة الحالة والملاحظة والسجل المدرسي والظروف العائلية والسجل الطبي والتقييم العصبي ويشير بدقة إلى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة.

ويأخذ التشخيص المعاصر شكلين:

أ- الشكل التصنيفي الطبي.

ب- الشكل السيكوديناميكي.

مراحل وخطوات التشخيص عند ساندبيرغ وتيلر:

حدد هذان العالمان مراحل وخطوات التشخيص بالخطوات الأربعة التالية:

1- مرحلة الأعداد.

2- مرحلة التزود بالمعلومات.

3- مرحلة معالجة المعلومات.

4- مرحلة اتخاذ القرارات[1]

---

(1)د. عطوف محمود ياسين / علم النفس العيادي / الإكلينيكي / دار العلم للملايين/ بيروت / الطبعة الأولى 1981 ص 105 - 127.

المقابلة التشخيصية:

وهي التي تجري لغرض الفحص الطبي النفسي للمريض. بحيث يمكن من خلالها وضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة والتي يتضمنها المرشد السيكياتري وتركز هذه المقابلة كما يوحي اسمها على تحديد الأعراض المرضية بحيث ينتهي الأخصائي منها بصورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة ومتى ظهرت وكيف تطورت ... الخ.

ويحتاج إجراء المقابلة التشخيصية إلى ضرورة الحصول على معلومات كافية من المريض.[1]

تصنيف الأمراض النفسية:

تعتمد تسمية الأمراض النفسية على وجود مجموعة من الأعراض تسير في اتجاه واحد أو اتجاه متقارب، ولا يوجد حتى الآن باثولوجيا معينة لأي مرض نفسي غير عضوي مثل مريض الفصام أو الهستيريا أو الاكتئاب كما أن أسباب المرض وآلياته لازالت في دائرة الافتراض[2]

التشخيص البنيوي الفيزيولوجي

للإنسان شأن كل الكائنات الطبيعية الحية. فيتألف جسمه من السوائل والعظام والجلد والعضلات والأوتار التي تعمل منفردة ومجتمعة فيما يسميه العلماء فيزيولوجية الكائن أو وظيفته. دفعت الواقعة المذكورة بعض علماء النفس إلى القول بارتباط الظاهرة النفسية والشخصية بالظاهرة العضوية بنية ووظيفة.

ويتمثل جوهر الأمر بدراسة العلاقات بين البنى والوظائف العضوية من طرف وبين ما يعتقد أنه مقابلات من صفات الشخصية كالخصلة والسمة وغيرها من طرف ثان. إن كل ما تطلبه دراسة العلاقة الترابطية المذكورة تحديد نقط عددية للبنى والوظائف العضوية من جهة والصفات الشخصية من جهة ثانية.

(1) د. عبد الستار إبراهيم،(علم النفس الإكلينيكي مناهج التشخيص والعلاج النفسي).
(2) نظام أبو حجلة (الطب النفسي الحديث) سنة النشر 1998 دائرة المكتبة الوطنية.

إن ما يبرز قيام العلم هو التنبؤ الفرضي المبدئي الذي يحتمل أن يكون صحيحا كما يحتمل أن يكون خاطئا ووظيفة العلم البحث فيه والتحقق أي التصورين أو الافتراضيين هو الأكثر احتمالا. وقائع الحياة والأمثال الشعبية، سير الناس، تصورات الفلاسفة، وآراؤهم ونتائج أكثر الأبحاث العلمية، بما يشير إلى العلاقة بين العضوي بنية ووظيفة، وبين النفسي خصلة وسمة أو صفة. بعض تلك العلاقات قد تأكد ولا يزال بعضها ينتظر الاختبار على طريقة التشخيص البنيوي الوظيفي إن تصوغ الوقائع والأمثال الشعبية، والسير، وتصورات الفلاسفة ومزج نتائج الدراسات العلمية في فرضيات تنبؤية حول العلاقة بين العضوية وصفات الشخصية وأن تختبر تلك الفرضيات بتصاميم تلائم طبيعة العلاقة المفترضة[1]

تصنيف الأمراض في الطب النفساني:

يؤدي التصنيف إلى فهم مشترك بين الأطباء النفسانيين ويسهل المخاطبة فيما بينهم، وكذلك يساعد التصنيف على التنبؤ بسير المرض وفعالية المداواة.

مفهوم العرض في الطب النفساني: يقصد بالعرض السريري أن الشخص يظهر علامات معينة تدل على مرضه.

مفهوم المرض في الطب النفساني: يتكون المرض من مجموعة أعراض تعتبر مميزة له مثل الهستيريا.

وتصنف الأمراض في الطب النفساني حسب أسبابها أو طبيعتها المرضية أو علامتها السريرية.

وفي نهاية القرن التاسع عشر بدأ الاهتمام بتصنيف الأمراض النفسانية وتصنيف الأمراض على العموم إلى مجموعتين:

1- أمراض وظيفية.

2- أمراض عضوية[2]

(1)د. ميخائيل أسعد (الإحصاء النفي وقياس القدرات الإنسانية منشورات دار الآفاق الجديدة بيروت. الطبعة الأولى1990 ص 509-510.

(2) د حلمي أحمد حامد. عنوان الكتاب / مبادئ الطب النفسي الطبعة الأولى 1991 ص 5-6.

المصادر

1- الدكتور فيصل عباس، اشكالات المعالجة النفسية، 1983، الطبعة الأولى.

2- الأستاذ الدكتور محمد جاسم العبيدي، الصحة النفسية ومفهومها والأمراض النفسية وعلاجها، 1996، ليبيا.

3- د. كولز، المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكي1992، دار المعرفة الجامعية.

4- د. سعد جلال، في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية 1986، دار الفكر العربية، الإسكندرية.

5- د. عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار الفكر الجامعية، الإسكندرية.

6- د. عطوف محمود ياسين، علم النفس العيادي الإكلينيكي، دار العلم للملايين، بيروت، الطبعة الأولى 1981.

7- د. عبد الستار إبراهيم، علم النفس الإكلينيكي مناهج التشخيص والعلاج النفسي، دار المريخ للنشر 1988 الرياض.

8- د. نظام أبو حجلة، الطب النفسي الحديث 1998 دائرة المكتبة الوطنية.

9- د. ميخائيل أسعد، الإحصاء النفسي وقياس القدرات الإنسانية، منشورات دار الأفاق الجديدة، بيروت، الطبعة الأولى 1990.

10- د محمد جاسم محمد العبيدي - الأمراض النفسية وعلاجها - مطبعة دار الثقافة - عمان (2003).



الفصل الثاني

مدارس العلاج النفسي

الفصل الثاني

مدارس العلاج النفسي

يعد فرويد المؤسس العقلي الذي ساعد بأفكاره وكتاباته علــى إقامة مدرسة التحليل النفسي وقسم الشخصية إلى ثلاثة أجزاء يطلق عليها.

1- الهو ID:

موطن الفراغات الهمجية الحيوانية اللامنطقية في الإنسان.

2- الأنا Ego:

وهي الجزء العامل والواعي الذي يوجه الإنسان نحو التصرف بمقتضى ومتطلبات الواقع الواعي.

3- الأنا الأعلى Super Ege:

أو الضمير أو الرقيب الذي يتكون في المراحل الأولى بسبب الضغوط الاجتماعية على الطفل لكي يتخلى عن مشاعره الحيوانية ونزعاته فإن فرويد يشير إلى أن تطور الشخصية وأمراضها يحدثان بسبب الصراع الذي يحصل بين هذه الأجهزة الثلاث الهو. والأنا. والأنا الأعلى في المراحل المبكرة من العمر أي صراع الطفل بين إشباع حاجاته البدائية الجنسية والعدوانية ومتطلبات الواقع والضغوط الأخلاقية وقد ابتكر فرويد مفهوم اللاشعور ليبين إن ما يطرأ على شخصية الإنسان بعد أن يتجاوز مراحل الطفولة ما هو إلا تكرار لا شعوري رمزي لكل ما كان يحدث خلال الست السنوات الأولى من العمر، وهدف العلاج النفسي هو إزاحة الستار عن هذه الدوافع اللاشعورية من خلال التفسيرات التي يقدمها المريض عن دوافعه كما يضيف فرويد ويركز على الخبرات الطفولية المبكرة وبالذات علاقته بأبيه وأمه وأثبت فرويد أن حياة الطفل ليست بريئة إذ تتميز بالصراعات القوية والدوافع

كما أوجد مرحلة عقدة أو ديب ذلك المفهوم الذي ابتكره ليعبر عن علاقة الطفل الذكر بأبيه حيث تقوم في الحقيقة على التنافس والغيرة بسبب حب الطفل لأمه الذي يشاركه إياها الأب لكن إذا فشل الطفل في حل صراعه مع والديه من نفس الجنس فيتكون ما يسميه فرويد عقدة الخصاء وتعني: أن الطفل ينمو وقد تملكه الشعور بالتهديد والخوف من والديه بسبب نزعاته الجنسية نحو الأم مما يشكل اتجاهاته وصراعاته وأمراضه التالية. ويقف علماء التحليل النفسي مع فرويد من أمثال يونج أدلر على كثير من أفكاره وهنالك آخرون يختلفون في أشياء كثيرة معه.

من الجوانب التي يتفقون عليها الفكرة الرئيسة التي ترى أن السلوك الظاهري للفرد محكوم بشكل حتمي باللاشعور والدوافع الداخلية لأن هذه الدوافع لا شعورية ومكبوتة منذ الصغر فلا يمكن الإطلاع عليها إلا من خلال أحلام الفرد وتمثيلاته والأخطاء اللامقصودة، ويمكن الكشف عنها من خلال التداعي الحر الطليق وهو يساعد الفرد على العودة بذكرياته إلى المراحل المبكرة من الطفولة.

وحدثت خلافات بين علماء التحليل النفسي، ففرويد يضع للغريزة الجنسية دوراً بارزاً في نظريته، إلا أن يونج أكد على فكرة الانبساط في الشخصية ويرى أن هنالك لا شعوراً جمعياً ولا شعوراً خاصًا بالفرد.

ويتطلب من الصحة النفسية أن يوفق الشخص بين اللاشعورية والشعورية وابتكر يونج مفهوم التفرد ويعني أن الصحة العقلية تتطلب أن يكون الفرد قادراً على التعبير عن فرديته تعبيراً كاملاً وليس الصحة العقلية فقط هي التي تحلل الصراعات الجنسية كما يرى فرويد. أما أدلر فيرى أن المدخل المناسب لفهم الإنسان هو أن نفهمه من خلال صراعاته النفسية الداخلية ويمكن معرفة الفرد من خلال فهمنا لأهدافه الاجتماعية وعلاقاته بالناس خاصة أفراد أسرته، وإذا أخذنا هذه الأشياء مجتمعة نصل إلى ما يسميه أدلر أسلوب الحياة، وبواسطته يمكن النظر إلى العالم الداخلي والواقع الرئيسي للفرد.

ولهذا يقوم العلاج الأولى لا على تحليل السلوك الجنسي ولكن على تحليل السلوك الاجتماعي للفرد بالإجابة على أسئلة هامة.

ما هي الأهداف التي تحرك الفرد ما هي المعتقدات الخاطئة التي تتملكه عند الاتصال بأفراد المجتمع الآخرين.

وتستمد بعض المناهج العلاجية الحديثة مثل: مناهج العلاج العقلاني والمعرفي في بعض أسسها النظرية من أفكار أدلر عن أسلوب الحياة وتصوراتنا عن أنفسنا والآخرين.

التحليل النفسي:

سيجموند فرويد:

تختلف مدرسة التحليل النفسي عن غيرها من مدارس علم النفس سواء من حيث الأسلوب الذي استخدمته في الوصول إلى البيانات والمعلومات التي تضمنتها نظرياتها أو من حيث مصادرها الأولية والأسس التي تقوم عليها. وقد رفض فرويد اقتصار علماء النفس في دراساتهم على الشعور كما أنكر على السلوكيين اتجاهاتهم في الدراسة نحو اختزال السلوك.ونادى بأن النفس البشرية تشبه جبلاً من الجليد يطفو فوق سطح المحيط وكان فرويد بهذا أول من أثار انتباهنا إلى ذلك الجزء اللاشعوري من النفس البشرية مؤكداً دوره الفعال في السلوك البشري.

الأسس التي تقوم عليها مدرسة التحليل النفسي:

أولاً: الحتمية النفسية:

ويعتبر هذا الأساس من الأسس الهامة التي تقوم عليها مدرسة التحليل النفسي ويعني هذا الأساس أن لكل سبب نتيجة ولكل نتيجة سبب.

ثانياً: الطاقة النفسية:

ينادي هذا المبدأ بأن هناك طاقة أساسية في الطبيعة وأن هذه الطاقة قد تتحول إلى أنواع مختلفة أي تتخذ صور مختلفة. والطاقة النفسية ما هي إلا نوعاً أو صورة من هذه الطاقات والإنسان عبارة عن جهاز طاقة معقد يستمد طاقته بالغذاء الذي يتناوله.

ثالثاً: الثبات والاتزان:

يرى فرويد أن الكائن الحي مزود بالقدرة على الاستجابة للمثيرات المختلفة سواء أكانت داخلية أو خارجية وأن هذه القدرة هي صفة مميزة للحياة وعندما يتعرض الكائن الحي لمثير يصبح في حالة استثارة وتوتر أي يتعرض لحالة عدم اتزان.

رابعاً اللذة:

يرتبط هذا بالمبدأ السابق فالجهاز النفسي يعمل دائماً بغية الوصول إلى حالة اتزان أو بمعنى آخر للوصول إلى مستوى منخفض من الاستثارة قدر الإمكان.

الاتجاه الحيوي (وليان فلاسمان)

ينظر أصحاب الاتجاه الحيوي في علم النفس إلى الإنسان ككائن حي متعرض كما هو واضح من التسمية فما نفعله أو نفكر فيه يعد أساس في بنيتنا العضوية ويركز هذا الاتجاه على موضوعين رئيسيين: العلاقة بين النفس أو العقل والجسم وتأثير الوراثة على السلوك وأي هذين الأمرين يعد انعكاساً لتطبيقنا للحيوية (البيولوجية).

طبيعة الجهاز الفسلجي:

يهتم الاتجاه الحيوي بالأسس الجسمية (أو العضوية) في السلوك والتفاعلات التي تحدث بين فكر الإنسان وجسمه ويجري التفاعل في اتجاهين فالجسم يمكن أن يؤثر في النفس وكذلك فإن النفس تستطيع التأثير على الجسم ومن أمثلة ذلك (بعض الأمراض التي يتعرض لها التنفيذيون كالإصابة بقرحة المعدة.

العقل والدماغ والجهاز العصبي المركزي:

يرى كثير من الناس أن الفكر أو العقل هو الدماغ وهذا صحيح جزئياً ولكي يعتبر التعريف أدق فإن لكلمة العقل وجدت كإشارة لمفهوم نفسي لا عضوي ويعد العقل عادة كمركز أو مستقر للشعور أو الوعي وهو ليس بكيفية أو كيان عضوي والواضح من معرفتنا المعاصرة أن للدماغ دوراً بالفعل في خبرتنا بالوعي وإن كنا لا نعرف حتى الآن كيفية ذلك أو ما إذا أكانت عملية الوعي تعني تدخل الدماغ فقط.

الكيمياء والسلوك:

تنقل الخلايا الحسية الرسائل الحسية وتسهل حدوث الاستجابات الحركية في نفس الوقت ومن أوضح الأمثلة على هذه لمس موقد ساخن وسحب اليد بسرعة (وفي الحقيقة فإن التوصيل العصبي ليس أنياً لأن أقصى سرعة للاندفاع تصل حوالي 150 متر في الثانية تتباطأ هذه السرعة في الأعصاب الحسية الكبرى حتى تصل إلى عشر المتر في الثانية وذلك في الدماغ الأوسط.

تفاعلات النفس والجسم في مجال السلوك:

من المستحيل كما لاحظنا تحديد نسبة العقل أو النفس إلى نسبة خاصة بالدماغ أو أي جزء من الجسم وبمعنى من المعاني فإن الجسم برمته هو وعاء النفس وقد يتوقف الوعي على أداء قشرة مخية سليمة ولكن هناك أشكالاً أخرى من السلوك تعتمد على أجزاء أخرى من الجهاز العصبي.

المدرسة البنيوية:

خصائص المدرسة البنيوية:

بقيت هذه المدرسة كما رأينا محافظة على نظرية فونت في الوعي ولم تقبل النظرية التطورية بقضها وقضيضها، بنظرية التوافق والتكيف مع الوسط التي قال بها دارون وغلتون. أراد تيتسنز إخضاع تلك النظرية للتجربة ورأى فيها مادة ولعل ما يعزى للمدرسة البنيوية من الاهتمام كونها ترى أن علم النفس هو دراسة الوعي لا دراسة السلوك.

عيوب البنيوية:

هو ما يوجه إلى الاتجاه التجريبي في علم النفس أو إلى التحليل إلى عناصر إلى العنصرانية وإلى ما هو نزعة تطبيقية في فهم الوعي ودراسته.

من جهة إن أخذ علم النفس أو تحديد غرضه بأنه دراسة الخبرات الواعية هو أخذ ضيق لهذا العلم وتحديد قاصر لغرضه.

الوظيفانية

1- ركائز المدرسة الوظيفية ومنطلقاتها:

لا تقف الوظيفانية عند العناصر التي تشكل حالات الوعي إنها على العكس تشدد على ديناميكية الوعي وتقف عند مشكلة الوظيفة النفسية.

انطلقت الوظيفانية من سيكولوجيا التلاؤم مع الوسط أو من التوافق مع البيئة وثارت على المدرسة الترابطية في علم النفس وعلى ما يدعى بعلم نفس الملكات وهو ما جعلها من جهة أخرى الشاقي الأكبر للمدرسة البنيوية.

2- ديوي:

دعا ديوي قبل واطسون لدراسة السلوك ونبذ الذاتية العقلية والاتجاه إلى فكرة الكلية أو مفهوم الكل. تقوم فكرته الأصلية على المفهوم الوظيفي للحياة العقلية فهو لا يرى الفكر جهازاً مغلقاً على نفسه بل هو أداتية أو وسيلة للتأثير على عالم الأشياء ومن ثم على عالم الأفكار، ذلك أن الفكر لدى ديوى وظيفة وليس هو أبداً مجموع حالات. إذاً فإن النشاط العقلي كما هو الحال في كل عضو يصبح أتقن وعلى هذا بذل ديوى جهده للتغلب على القضاء التقليدي بين العمل والفكر وشدد على أن كل فكر هو عمل ويعطي ديوى الأهمية الأولى للوعي ويجعله غرض لعلم النفس أما المنهج هو العلم فهو الاستبطان ثم أن للسيرورات الواعية منزلة رئيسية في نظره إذ هي تقوم بدور كبير في النشاطات الإنسانية وفي التلاؤم.

مزايا وعيوب الوظيفانية:

خدمات الوظيفانية لعلم النفس كثيرة ومجلوباتها دفعته للأمام وطورته أما عيوبها فهي في فهمها لغرض علم النفس ومنهجه بشكل خاص.

المدرسة السلوكية الواطسونية

واطسون على رأس المدرسة السلوكية الأمريكية.

بدأ جون ب واطسون طريقه في ميدان علم نفس الحيوان.

حيث كانت أعمال لوب وجيننفس وثورنديك قد أثارت الاهتمام بدقتها وتطور تقنياتها وقد انتقل واطسون من علم نفس الحيوان إلى علم نفس الإنسان.

خصائص المدرسة السلوكية:

أ- نبذ الوعي غرض علم النفس:

يرفض واطسون الوعي بنفسه ويقول على علم النفس التخلي عن الوعي كي يستطيع أن يكون علماً موضوعياً.

ب- الجسم والوسط:

يؤخذ الجسم هنا كوحدة متماسكة بكليته ووحدته في العملية التشريطية لذا يجب أن يكتفي العالم النفسي بملاحظة (ما يعمله الجسم أو ما يقوله).

ج- الانعكاس:

هو نموذج العمل النفسي أو الحادث النفسي في أبسط حالاته.

د- الاستبطان:

طريقة مجدية بل غير مجدية في المعرفة تحدث الإبهام والتشوش إنها وسيلة عقيمة.

هـ- اللاوعي:

ما الوعي سوى اسم آخر للعضو تذكرنا هذه النظرية بتلك التي تقول أنه ظاهرة غير حقيقية. والوعي حسب السلوكانية إنه يدل على التغييرات الحاصلة في عالمنا (الداخلي) الغير معبر عنها.

و- علم النفس والبيولوجيا:

لا يتحدان فعلم النفس أوسع دراسة للإنسان من حيث كونه كلاً أو وحدة بينما يهتم علم الأحياء بدراسة وظيفة وعمل كل عضو بمفرده.

ز- إهمال الغرائز وتضئيل دور الوراثة:

يتكون الإنسان من مواد وأعتده تتيح لها طبيعتها بل ترغمها على أن تعمل في الإنسان وفق ما عمل أو ما يعمل لغرائز تدفعه.

ح- الفكر:

وظيفته عامة يمارسها الجسم الحي برمته الحنجرة أو تحل محل الجسم كله (أن نفكر هو أن نعمل عملاً رمزياً أو بشكل رمزي).

*** مجلوبات السلوكية:**

من مزاياها ومن خدماتها لعلم النفس تلك الثورة التي أحدثتها ضد العندليانية كما أنها تناهض الاستبهانية وشتى التيارات المغرقة في الذاتية كما لفتت الانتباه بشكل مبالغ فيه إلى دور الجسم في الحياة النفسية ما حدث على دفع هذا العلم دفعات إيجابية إلى الأمام.

*** عيوب السلوكانية:**

تنفي وجود الواقعة اللامادية، الروح الوعي، ترفض الإيمان بالوراثة وبنضوج في الجهاز العصبي وتؤكد أن السلوك مجرد عملية تكوين عادات وإن الفروقات الفردية ناجحة عن اختلافات في المحيط الاجتماعي والتربية.

- وتؤكد أن الفكر هو سلوك كغيره من السلوكيات الأخرى.

وليس علم السلوك هو كل عمل النفس ولا يمكن أن يكون علم النفس الكل يبدو هذا العلم وكأنه مجرد نقل المذهب الترابطي للمعاني إلى مفردتين هما مثير الاستجابة له مذهب ميكانيكي يدور حول ثلاثة مفهومات (مثير - استجابة - جسم).

المدرسة السلوكية المحدثة

ليس الكائن الحي آلة ولا يمكن أن توصف على أنها أشياء فيزيائية لها المثيرات ولها ردود الفعل فمثلما ليست المثيرات هي ذاتها لدى كل فرد إن للمثير معنى وله قيمة تختلف باختلاف الأفراد من هنا جاءت المدرسة السلوكية المحدثة لتخفف من شطط النزعات الميكانيكية في تفسير السلوك وفي الاستجابة العفوية فقد أدخل السلوكانيون والمحدثون مفاهيم جديدة على المذهب منها:

- ليس الوسط فيزيائياً صرفاً بل هو وسط ذو قيم ومعاني إنه ذاتي نفساني

وهو ما سماه أو كشكول العالم المحيط.

- ليست العلاقة بين المثير والاستجابة علاقة ميكانيكية بل العكس هي علاقة بين (المشكلة) وبين (الحل).

- لكل سلوك معنى وتكيف كل سلوك حسب متطلبات موقف ما تكيف يكون بصورة ذات مغزى وذات معنى.

- ليست السلوكانية المحدثة جزئية تجزيئية ذراتية أي أنها لا ترى من السلوك جمعاً ميكانيكياً لعناصر هي (منعكسات صغيرة - مستقلة).

*** سلوكانية تولمان:**

يلمح تولمان على الصفة الكلية لا الجزئية للسلوك الذي هو ترابط أعمال ذات عضوية وذات غاية لا مجرد تلاصق اعتباطي بين حركات مستقلة ثم أن السلوك كلي كتلوي جمعي وهو قصداني هادف وله معنى ودلالة. ويعد مفهوم السلوك الهدفي القاصد قريباً من علم النفس التصرف الذي نادى به بيارجاني أو حسب قول تلكن (أن تولمان إلى حد ما ساحراً يزواج بين الماء والنار بين الذات والموضوعي بين السلوك والوعي) وأقول بإيجاز لقد كان هدف تولمان تطهير مبادئ واطسون من كل اعتبار ذراني وترك التفسيرات الفيزيولوجية وبلوغ علم يكون بالحقيقة دراسة نفسانية للسلوك..

سلوكانية سكنر:

يتناول سكنر العوائق التي تقف في إنشاء علاقات منظمة إنسانية ويقول أننا بعمليات التشريط نستطيع خلق المخترع الذي نود والشخص الذي نود أي القضاء على الانحرافات الاجتماعية..

وهكذا هاجم النظريات الفرويدية والماركسية مقدماً التشريط كطريقة لبناء المستقبل وللقضاء على الآلام الإنسانية.

العلاج السلوكي

ما هو العلاج السلوكي

يرى "كاليشن" 1951 أن العلاج السلوكي ما هو إلا تطبيق فعال لمبادئ التعلم لذا نرى أن نشأة العلاج السلوكي وتطوره أصبح صالحاً للممارسة الإكلينيكية وقد ظهر حديثاً مواكبة لظهور نظريات التعلم والتشريط الكلاسيكي وأن التعريف الملائم للعلاج السلوكي هو التعريف الذي وضعه "جولد فرايد" و "دافيزون" [والذي يرى أن العلاج السلوكي يرتبط نظرياً لا بمبادئ التعلم فحسب بل بالمنهج التجريبي في دراسة السلوك الإنساني بشكل عام] ولهذا فإن المسلمة الرئيسية للعلاج السلوكي ترى أن المشكلات السلوكية التي نراها في الميادين الإكلينيكية يمكن فهمها في ضوء تلك المبادئ التي تعتمد على التجريب العلمي بشكل عام.

ويميز بعض المعالجين بين العلاج السلوكي وتعديل السلوك ويفضل البعض مفهوم العلاج السلوكي على أساس أنه أكثر عمومية من مفهوم تعديل السلوك (فكل علاج سلوكي يتضمن بتعديل بعض أنواع السلوك إلا أن المصطلحين يستخدمان في كثير من الأحيان كمترادفين للإشارة لنفس المعنى).

وبالرغم من اختلاف المنطلقات النظرية للمعالجين السلوكيين فأن منحاهم الفكري يتشابه وهم جميعاً ينطلقون في نظرتهم السلوكية وتعديلهم للمبادئ واحدة أهمها:

1- النظر للمرض النفسي والاضطراب بصفته سلوك شاذ ومكتسب.

2- استخدام البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة في إحداث التغيير العلاجي والتعديل السلوكي.

3- معالجة الأعراض المرضية على أنها هي الهدف الذي يجب أن يتجه له العلاج ولهذا يقول آيزنك (أن نظرية العلاج النفسي السلوكي ترى أنه لا توجد أمراض وراء الأمراض) وأن الأعراض لا تخفي وراءها أي شيء ويكون العلاج فعالاً إن استطعنا التخلص من تلك الأعراض، فإن أنت تخلصت من الأعراض

تخلصت من المرض.

4- لا يبذل المعالجون مجهوداً كبيراً في البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك أو بالرجوع بالسلوك إلى غرائز أو صراعات طفلية مبكرة فمن رأيهم أن التفسيرات أمر يختلف عن العلاج وأن وجود غريزة أو أي شيء من هذا القبيل لا يجب أن يؤثر بأي حال في مجهوداتنا للتعبير عن أنماط السلوك الشاذ.

5- أن جميع المعالجين السلوكيين يحددون بدقة السلوك المرغوب في علاجه نوعياً فلذا فإن الإجراءات التي يقوم بها المعالج السلوكي تختلف في أهدافها عن الإجراءات التي يقوم بها المحلل النفسي بطريقة فرويد مثلاً فالمعالج السلوكي يني اهتماماً مباشراً بالظروف التي أحاطت بتكوين سلوك المريض بينما يتجه المحلل النفسي إلى تاريخ المرض دون اهتمام يذكر بأنماط التفاعل المراهنة بين الفرد والبيئة التي أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية.

بعض المبادئ النظرية للعلاج السلوكي

فيما يأتي بعض مبادئ التعلم التي استطاعت أن تثري البحث في العلاج السلوكي هي:

1- التعلم الكلاسيكي للتشريط:

يتجه هذا النوع من العلاج السلوكي إلى تطوير رابطة بين منبه شرطي ومنبه أصلي بنفس القواعد التي أثبتها بافلوف في نظريته عن التعلم الشرطي ومن أكثر الذين استفادوا من هذه النظرية في العصر الحديث جوزيف وولبي صاحب نظرية العلاج بالكف المتبادل.

2- التعلم الفعال:

أثبت سكنر 1953م أن البشر يكتسبون جزءاً كبيراً من السلوك من خلال الآثار التي يتركها هذا السلوك على البيئة وفي تجاربه التي نفذها لإثبات هذه الحقيقة كان ينتقل فأر جائع أو حمامه إلى صندوق به وعاء من الطعام يسقط فيه الطعام عندما ينجح الكائن الحي في الضغط على إحدى الرافعات المثبتة داخل الصندوق وعلى

هذا فإن الحيوان في تجارب سكنر لم يكن لينتظر تعلم الاستجابة لمنبه يتكـرر ظـهوره مع منبه أصلي آخر كما هو الحال في التعلم بل كـان عليـه أن يتعلـم أولاً أن يظـهر سلسلة من الاستجابات الفعالة للوصول إلى الهدف ومن هنا يسمي سـكنر نظريتـه باسم التشريط الفعال للإشارة أنه يمكن تقوية جوانـب معينـة مـن السـلوك إذا مـا مددناها بالتدعيم. وهذا ما كان يحدث بالفعل فقد كـانت الاسـتجابة الصحيحـة أي المؤدية إلى الطعام تتزايد بوضوح وتقوي لدى الحمام في تجارب سكنر.

ومن العوامل الأساسية التي ترتبط بالتعلم التي وضعها سكنر:

التدعيم الإيجابي ويعني أي فعل يـؤدي إلى زيـادة حـدوث اسـتجابة معينـة أو تكرارها، فسقوط الطعام أثر الضغط على الرافعة يعتبر مدعماً إيجابياً يسـاعد علـى كفاءة تعلم الاستجابات الصحيحة لذا فـإن التدعيـم الإيجـابي يسـتخدم أحيانـاً إلى مختلف المكافآت أو الاهتمام إلى أي فعل يـؤدي ظـهوره إلى زيـادة السـلوك المرغـوب وهنالك (التدعيم السلبي) التوقـف عـن إظـهار منبـه منفـرد أو كريـه عنـد ظـهور الاستجابة المرغوبة وذلك مثل إعطاء الطفـل لعبتـه بعـد حرمانـه منـها أخـر قيامـه بسلوك غير مرغوب أو توقف الطفل عن الذكاء عندما تحمله أمه، والتدعيم السـلبي يشبه الإيجابي لأن كليهما يؤدي إلى شيوع جوانب مرغوبة من السلوك.

ويشير سكنر إلى أن مبدأ العقاب يعد أحد المبادئ الرئيسية للتعلم والعقـاب يعني إظهار منبه مؤلم ومنفرد عند ظهور سـلوك غـير مرغـوب، وذلـك مثـل: ضـرب الطفل أو حرمانه من الخروج عندما يـهمل في أداء واجباتـه والعقـاب يختلـف عـن التدعيم السلبي لأن هدف التدعيم السلبي هو زيادة السلوك المرغـوب أمـا العقـاب فهدفه التوقف عن سلوك غير مرغوب.

مثال: وضع جزاءات مادية على المرضى عند انغماسهم في سلوك غير مرغوب كالتأخر عن حضور العلاج الجمعي.

ويستخدم سكنر أيضاً مبدأ (التقريب المتتالي) وهو تقسـيم السـلوك المركـب الذي نريد اكتسابه إلى أجزاء بسيطة متدرجة ثم أن يبـدأ التعلـم خـلال تدعيـم أي استجابة من شأنها الوصول إلى الهدف النهائي ومـن المؤكـد أن كثـيراً مـن أشـكال

السلوك المركبة التي نمارسها كل يوم كقيادة دراجة هوائية أو بخارية أو سيارة أو اللغة أو الألعاب الرياضية قد تعلمناها جميعاً من خلال هذا المبدأ ولم نتعلمها دفعة واحدة وأصبح لمبادئ التعلم التي وضعها سكنر فضلاً كبيراً في تطوير حركة العلاج السلوكي.

المدرسة السوفياتية:

يدرس علم النفس السوفييتي النشاط النفسي للإنسان وظهور وتطور النفس البشرية.

موضوعات علم النفس الأساسية:

أ- الوعي والمادة:

يقوم الوعي وهو ظاهرة مضافة على عمليات مادية وأسس جديدة في الدماغ والأعصاب وتدمير الجسم والقضاء على الوعي.

ب- الجسم:

لا مجال هنا، للبداهة، للقول بالثقافية فلا حقيقة في الفلسفة المثالية التي تعتبر الروح الخالدة مستقلة عن المادة ودون ارتباط الجسم.

ج- الإنسان ابن المجتمع:

لا يكفي أن يكون الإنسان دماغاً يكون ذا وعي وتفكير.

د- الوراثة والتربية:

لا أثر للوراثة في تكوين القدرات العقلية.

هـ- الفكر والآلة:

رأينا في مجال استعراض الربانية وجود الآلة التي تترجم أو تقود الآلات أو الكعب. وعلم النفس السوفيتي لا يرى أن على الآلة أن تحل محل الإنسان أو أنها تستطيع بلوغ التعقيد الدماغي أي تستطيع الآلة أن تكون مساعدة فقط.

المدرسة الاتباعية الكلاسيكية

تنقسم إلى ثلاثة أقسام:

أولا: الوعي والاستبطان:

وهو علم الحياة الداخلية وحاولوا أن يبتعدوا عن النظريات الفلسفية والفرضيات لما ورائه ونبهوا إلى المنهج الاستبطاني كمنهج سليم ومخبر والمدرسة الاتباعية الكلاسيكية في علم النفس متعددة الهيئات وكثيرون هم المزارعون في حقلها أو الذين بحثوا في الحياة الداخلية في الوعي أطلق اسم سيكولوجيا المتكلم على هذه السيكولوجيا التقليدية ذلك لأن المعرفة هنا هي معرفة المتكلم أن نفسه بنفسه فما هو هنا الوعي أنه معرفة ما يجري في العالم الداخلي أنه مدرس بالحياة النفسي أي بالأفكار والعواطف.

ثانيا خصائص الوعي في السيكولوجيا المدرسية:

1- لكل فرد وعي خاص وحيد ينفرد به ويتميز عن وعي الآخرين من حيث بيئته ثقافته أعضائه ماضيه اهتماماته الآتية.

2- ليس الوعي عضواً وليس هو إفرازاً أو هرموناً كما غير محسوس واللاعياني غير قائم في مكان محدود.

3- يقسم الوعي هنا إلى وعي حالة المعرفة الواضحة والنور الجلي على الأصوات والمؤثرات وتحتوي المعرفة الواضحة تمام الوضوح لكنه غير بعيد جداً عنها إلا اللاوعي حيث الظلام وعدم المعرفة والبعد عن الوعي.

وسائل دراسة الوعي والاستبطان:

أنه عملية ذات جهد غير عفوية إذ لا يكتفي العالم بتسجيل ما يجري بل هو يوجه ويقول ويتحكم بالاستبطان تعرف الحالات النفسية مثل الغضب، الحزن، تداعي المعاني، الخ. ولذلك ينكفي الإنسان على ذاته لتحاليل خيالاته أو عواطف ذلك لهذا المنهج حسب المدرسة الاتباعية صفات ومزايا أهمها:

1- سهولة إجرائه لا يتطلب ثقافة عالية ولا شخصية معنية ولا مكان وزمان معين

يكفي رفع الوعي بالحالات النفسية إلى درجة عالية.

2- قابلية للتقيح المستمر والوصول إلى المستوى الأرفع من حيث دقة المعلومات والتحليل والوصف.

3- إمكانية وصوابية تعميم هذه التحاليل والوصف والمعلومات في سبيل معرفة الحالة النفسية بشكل عام مجرد وفي سبيل المعرفة لا غير.

ثالثا صعوبات ونقائص الاستبطان وعيوب المدرسة الاتباعية:

الصعوبة الأولى أن الحادث النفسي متغير متحرك يعيش في الديمومة ينمو ولا يستقر معقد غير قابل للقياس ولا للخضوع للقوانين الكموية ولا يجوز تجزئته أو تقطيعه بقدر ما يجب أن يؤخذ على أنه كل.

الصعوبة الثانية تنتج من الصعوبة أو الجهد الذي تتطلبه عملية الانعكاف على الداخل فالإنسان يميل إلى السهل وإلى التطلع نحو الخارج والاستبطان شاق صعب يستلزم مهارة وحنكة.

الصعوبة الثالثة هي كون الدارس والحالة المدروسة شيئاً موحداً وواحداً أي أن هناك اندغام بين أل (أنا) وبين الحالة النفسية.

إذن أن معرفة الذات بواسطة الذات هي معرفة خيالية أو متناقضة المعرفة الناتجة هي:

- متميزة تخلو من النزاهة والتجرد.
- متغيرة إذ يوجد تبدل في التطور الطبيعي للظاهرة المدروسة.
- غير شاملة فالاستبطان ممكن لدى الراشد لدى المثقف ثم أنه منهج لا يستطيع أن يبلغ كل الوظائف العقلية.
- غير كافية لأن الاستبطان لا يغطي ميادين علم النفس.
- غير كافية لدى المستبطن ذاته.

هي معرفة ذاتية صرفه أنها معرفة الـ (أنا) المتكلم فقط ولا تؤخذ بمقياس كاف ودقيق.

نقائض علم النفس المتعلق بالحياة الداخلية عديدة هي أخطاء علم النفس والحياة الداخلية وأهم عيوبها:

1- لا يستطع بلوغ حياة داخلية نقية من المعطيات الغير بيولوجية منفصلة عن معطيات خارجية.

2- إن مفهوم حياة داخلية يعني إقفال الإنسان على نفسه انطوائه هذا مفهوم يعقل كون الوعي هو وعي.

المدرسة الذاتية

وليم جيمس:

كان علم النفس قبل جيمس في أمريكا هزيلاً يأخذ في النمو على أيدي الطلاب وهو أول اسم كبير في التراث العلم نفسي وإن كان مثل العالم النفساني غير المذهب لإهماله الأخذ من المدرسة الأيكوسية الاهتمام بالاستبطان وعن المدرسة الألمانية الاتجاه نحو السيكولوجيا الغير بيولوجية.

يعرف جيمس علم النفس بأنه (علم الحياة الذهنية) ودرس ظواهرها وأوضاعها إنه (وصف وشرح حالات الوعي من حيث كونها حالات وعي) بقي جيمس متعلقاً بمنهج الملاحظة الاستبطانية ودافع عنه ولم يشغف بالمنهج التجريبي مع انه أنشأ مختبراً من هذه المختبرات 1891 إلا أنه لم يوله عنايته الكافية.

أهم نظرية لجميس هي تيار الوعي فما هي صفات الوعي الأربع والتي تجعل من جيمس خير ممثل للتعريف الدنيا لعلم النفس:

1- تنزع كل حالة إلى أن تتدعم في وعي شخصي فلا يوجد في الوعي وحدات منفصلة مستقلة قائمة بذاتها.

2- كل حالة هي متغيرة فلا ينفك الوعي عن التغير بحيث أن الحالة الواحدة ليست هي دائما ذاتها متشابهة في الزمان.

3- إن الوعي مستمر ومتواصل فالوعي الذي يأتي بعد شعور ما يكون متصلاً بالوعي الذي سبق هذا الشعور كما أن التغيرات ليست فجائية.

4- يهتم الوعي بشكل لا مساواة فيه بمختلف العناصر التي تشكل محتواه فهو يهتم بها أكثر من ذاك أو يأخذ هذا أو يعمل الآخر فالوعي يختار بصورة لغوية . ويبشر جيمس هنا بنظريته التشتت فأنا أعي غير ما يعيه آخر وآخر في نفس الوقت.

بعض نظريات جيمس الأخرى - مجلوباته:

- أنشأ مختبر لعلم النفس وكان أول من بحث مشكلة انتقال أثر التدريب بحثاً تجريباً وذلك سنة 1890.

- يعمل على العودة للمعطيات المباشرة للنظرية الفورية الأولى.

- هناك أيضاً نظريته في الانفعال الذي هو عنده سلوك ذو وظيفة وغاية إنه سلوك يقيم التكيف مع الموقف الذي تجري فيه الأحداث كذلك تشديده على وحدة المركب الإنساني.

- رفض بشدة المنهج التركيبي القاضي بإعادة بناء حالات الوعي العليا.

- خير من أشاع منهج الفلسفة الذرائعية.

- ترتكز عقيدته على فهم ديناميكي تعددي للحالة وأن العالم لا يحوي شيئاً منتهياً بل هو في صيرورة دائمة.

هنري برغسون:

هنري برغسون (1859-1941) رغم الحركة الروحانية مع التيار التطوري الناجم عن الفرضيات التحويلية تأثر كثيراً بسبنسر. وحارب مذهب التوازي النفسي الغير بيولوجي.

أ- تيار الوعي:

لقد أبرز فرويد وتلاميذه الدور الهام الذي يقوم به اللاوعي في الحياة الإنسانية وإنه يتكون إبان الطفولة في السنوات الأولى من العمر أنه نتيجة القمع الاجتماعي والأخلاقي للطفل وقبل الآخرين لذلك يبقى اللاوعي طفلياً غير منطقي أو أن منطقه هو المنطق الخاص بالعاطفة لا بالعقل ولا يخضع لمبدأ الواقع.

يتميز بأنه فعال نيامي حركي. إنه مؤلف من الغرائز البدائية نمو نواة الشخصية الحقيقية.

ب- الهو:

تربطه علاقة وطيدة بالأولى لسبب كونهما الاثنان قبو الغرائز والعادات والذكريات. والعديد من الذكريات والعواطف (الحسية) موجودة في (الهو) وتحتفظ هناك بشحنة انفعالية.

الهو: إنه يشكل أساس لا واع (لا شعوري) إنه كل الدوافع القادمة من الجسم العضوي ...

ج- الدوافع - الغرائز:

هي ميول قادمة من (التحتوي) أي الهو لتحقيق حاجة معينة.

د- أل انا:

وهو الشخصية الخاصة لإنسان معين يتأخر ظهور الأنا عند الطفل، الأنا هو قسم من الهو أو قسم يتحول بفعل الظروف التي تواجهه لكنه يبقى ذا ارتباط وثيق بالغرائز العميقة.

هـ- الرقابة:

الغرائز جامحة فضة ومثلاً أيضاً بعض الدوافع العدوانية الانتقامية وعواطف الحقد والكره.

و- الأنا الأعلى:

ليس الأنا الأعلى أرفع ولا أعلى من الأنا.

الأنا الأعلى هو (أنا) مجمع. أي أنه تكون بفعل القيم الخارجية والتربية والتقويم والضغط الاجتماعي كي يستطيع أن يعيش مع الجماعات.

كل دافع يقدمه الأنا يعترضه الأنا الأعلى الذي يوافق على بروزه إلى السطح ويسمح الأنا الأعلى للدوافع المقبولة فقط وأخرى يصيبها بالكبت.

الاتجاه السلوكي (بول هيرشورن)

سنعرض في هذا الفصل المبادئ الأساسية والنتائج المستخلصة من الاتجاه السلوكي من مجال المواقف المعقدة.

*** الاشراط التقليدي (الكلاسيكي):**

- إن تأثير البنية فينا لا يبدأ بالولادة بل منذ لحظة الإخصاب ولا يحتاج المرء إلى شطحات الخيال لكي يدرك التأثير الذي يمكن أن تلعبه البيئة ما قبل الولادة على الجنين.
- يعني مصطلح البيئة بشكل عام العالم الذي نولد فيه أو المحيط الطبيعي والاجتماعي.
- وإن الشغل الشاغل للمهتمين بالتحليل السلوكي بتأثير البيئة هو كيفية استجابة الكائنات العضوية للمثيرات بطريقة منتظمة وقابلة للتنبؤ.

*** نموذج الشرطية التقليدية (الكلاسيكية):**

إن الاشراط التقليدي يستدعي ما هو أكثر من المثيرات فهو يشمل أيضاً الاستجابة للمثيرات.

اتجاه التحليل النفسي (جوردون رمسيلي)

نتناول في الاتجاه التحليل النفسي

- الغرائز:

تعني بمصطلح فرويد (الغرائز) وذلك لوصف الرغبات الموروثة، ولتوضيح مفهوم الغريزة فإنه يميز أربعة جوانب للغريزية وهي مصدرها وهدفها والقوة الدافعية وأخيراً موضوعها.

- المصدر:

من أين تأتي الغرائز؟ يفترض فرويد أن هناك ميكانيزما موروثاً فالجهاز العصبي البشري أعد ببساطة بتلك الكيفية وهذا يوفر الإمكانيات اللازمة للسلوك الغريزي ويوسع فرويد هذه الفكرة مؤكداً أن كل نشاطاتنا نفسية كانت أو جسمية

هي نتيجة عملية الأيض في أجسامنا ولذلك فهي تعتمد على الطعام الذي نستهلكه وعلى وجه الخصوص فإن مصدر الغريزة هو الأيض الجسمي والغريزة هي التمثيل النفسي لهذا النشاط.

- الهدف:

إذا كان من الضروري أن نأكل لكي نضل أحياء وإذا كان الأكل هو مصدر قوة الغرائز فالنتيجة الحتمية هي أنه ليس بإمكاننا أن نهرب من غرائزنا إطلاقاً ولا مناص من تنامي الطاقة الغريزية بداخلنا بما يؤدي إلى توالد التوتر.

- القوة الدافعية:

إن القوة الدافعية الخاصة بالغريزة قد تختلف بالنسبة لنفس الفرد من وقت لآخر وإذا لم نلاحظ أي فرق قبل وبعد التعبير عن الغريزة فإنه لا يمكن لمبدأ خفض التوتر أن يعمل أو يؤدي دوره بفاعلية.

- الموضوع:

موضوع الغريزة هو الشيء الذي يشبع الشخص أي ذلك الذي يؤدي إلى خفض التوتر فالطعام هو موضوع الجوع وعلى أية حل فإن مصطلح الموضوع في نظرية التحليل النفسي يستخدم بمعنى أوسع ليعني كل النشاطات الوسيطة أي الواقعة بين إثارة الغريزة وإشباعها.

مدرسة الجشطلت

كيرت كوفكا:

يعد كوفكا أكثر ثلاثي الجشطلة إنتاجاً وقد تلقى تعليمه حيث ولد في (برلين) وبعد نهاية الحرب العالمية الأولى حيث أصبح علم النفس الأمريكي على دراية بالجشطلة في ألمانيا طلب منه أن يكتب عن هذه الحركة في (المجلة السيكولوجية) وحرر مقالاً 1922م بعنوان (الإدراك - مقدمة النظرية الجشطلية) وقدم المفاهيم الأساسية للمدرسة الجديدة.

وبالرغم من أهمية هذه المقالة إلا أنها عرقلت بعض الشيء انتشار الجشطلة في علم النفس الأمريكي لأن عنوان المقالة وهو الإدراك أثار سوء فهم الذي ما يزال حتى اليوم من أن علم النفس الجشطلي يقتصر على دراسة موضوع الإدراك وعلى ذلك لا توجد علاقة بين الجشطلة وموضوعات علم النفس الأخرى.

وفي عام 1921م نشر كوفكا كتاب (نمو العقل) وقد لاقى نجاحاً كبيراً في ألمانيا وأمريكا وقد عين في كلية (سميث) في ولاية (مانسشوستس) حيث بقي حتى وفاته وفي عام 1932م قام برحلة علمية لدراسة شعوب وسط آسيا ثم توفر بعد ذلك على تحرير مؤلفه بعنوان (مبادئ علم النفس الجشطلت) ولكن لم يلق النجاح الذي يستحقه لأنه كتب بأسلوب صعب ومعقد.

مدرسة التحليل النفسي (كارين هورناي)

ولدت كارين هورناي في مدينة همبورج بألمانيا وكان أبوها يعمل بحارا ويتصف بالتقوى والميل إلى الهدوء بعكس أمها فقد كانت امرأة متمردة مرحة وكانت طفولة هورناي أبعد من أن تكون طفولة لينة.

وقد حصلت هورناي على الماجستير من جامعة (همبورج) في ألمانيا عام 1913م وأصدرت العديد من الكتب التي لاقت الاهتمام والرواج ومن أشهرها (الشخصية العصابية في هذا العصر) و (طرق جديدة في التحليل النفسي) و (العصاب والنمو الإنساني).

ويدور مذهب (هورناي) على أساس نقطة رئيسية هي مفهوم (القلق الأساسي) الذي عرفته بأنه: شعور الطفل بأنه وحيد في هذا العالم الذي ينبأ بالعدوانية وهذا القلق الأساسي يمكن أن ينشأ نتيجة اتجاهات الوالدين وأنماط سلوكهم حيال الطفل مثل الحاجة إلى الحب والحماية من أي شيء من شأنه تهديد العلاقة بين الطفل ووالديه وهكذا فإن القلق الأساسي ليس فطرياً بل هو نتيجة للظروف البيئية والأسباب الاجتماعية.

وقد شاركت (هورناي) (فرويد) رأيه القائل بأن الشخصية تتشكل في مرحلة

الطفولة المبكرة ولكنها اختلفت معه في أن الشخصية من الممكن أن تتغير خلا المراحل اللاحقة للنمو.

وكما سبق القول بأن الفكرة الرئيسية عند (هورناي) هي القلق الأساسي الذي يتكون بسبب علاقة الطفل بوالديه هذا القلق الأساسي من شأنه أن يؤدي إلى مجموعة من الأساليب السلوكية التي قد تثبت وتصبح جزءاً من الشخصية وتطلق عليها (هورناي) الحاجات العصابية وهذه الحاجات العصابية يمكن أن تتلخص في ثلاث حاجات:

الاتجاه الأول: الاتجاه نحو الناس أو نمو الآخرين مثل الحاجة للحب.

الاتجاه الثاني: الاتجاه بعيداً عن الناس أو نمو الآخرين مثل الحاجة إلى الاستقلال.

الاتجاه الثالث: الاتجاه ضد الناس والآخرين مثال ذلك الحاجة إلى القوة.

والتعقيب على نظية (هورناي) نقول فيه أن هذه النظرية لقيت قبولاً واستحساناً عند معاصريها وبعد مماتها وذلك لبساطة نظريتها وسهولة فهمها وميلها إلى التفاؤل بعكس النظرية (الفرويديه) التي تميل إلى التشاؤم وتزدحم بمجموعة من الفرضيات والميكانزمات والمفاهيم الغامضة.

المدرسة الفرضية (القصدية)

قصدية ماكدوجل:

هو وليم ماكدوجل العالم الإنجليزي ولد وتعلم بإنجلترا وأهتم بدراسة الطب وعلم الحياة إلى جانب دراسته للأنثربولوجيا واتجه إلى تدريس علم النفس عام 190م وأهم كتبه على أنه من أكثر كتب علم النفس شعبية وانتشاراً وأجريت عليه العديد من التنقيحات ويقال أن هذا الكتاب طبع من أربع عشرة طبعة منذ صدوره حتى عام 1921م.

ويعد ماكدوجل من أوائل الذين عرفوا علم النفس بأنه علم السلوك حيث بدا له تعريف علم النفس بأنه علم الشعور، تعريفاً ضيقاً محدوداً وذلك أنه رأى

سلوك الإنسان والحيوان تحت ظروف مختلفة:من الصحة والمرض

وقد أكد ماكدوجل على أهمية الدراسة الموضوعية ولكنه لم يتنكر الاستبطان.

وما هو السلوك إذن؟ يجيب ماكدوجل أن السلوك غرضي وهذه الغرضية في السلوك تتضح فيما يأتي:

- الاستمرارية: حيث أن السلوك قد يبدأ على أنه استجابة لمثير ولكنه يستمر بعد أن يتوقف المثير.

- المرونة: ومع هذه الاستمرارية فإن هناك التنوع والمرونة والتلقائية وعدم خضوع الأعمى للبيئة في الوقت نفسه الذي يستجيب فيه لهذه البيئة.

- هذا السلوك الحركي المتغير ينتهي إلى هدوء وستكون بعد أن يصل إلى غايته ثم يبدأ بنشاط من نوع جديد مختلف.

وفي هذا المجال بدأ (ماكدوجل) من حيث انتهى عالم الاجتماع الفرنسي (جوستاف لوبون) الذي اهتم أيضاً بدراسة علم النفس الاجتماعي وأهم دراساته السنن النفسية لتطور الأمم وروح الجماعات وخصائص الحشد ومن هنا أهتم (ماكدوجل) بدراسة موضوعات مثل العقل الجمعي وسيكولوجية الدوافع الإنسانية.

وفي إطار تصديه للعمل على بناء علم النفس درس الدوافع وذلك من أجل فائدة العلوم الإنسانية والاجتماعية. وقدم نظريته الأساسية وهي نظرية (علم النفس القصدي). وقد اعتبر ماكدوجل أن الغريزة عملية في مستوى بدائي يمكن تحليلها إلى ثلاثة جوانب:

- من حيث التلقي هي الاستعداد للمثيرات ذات الصلة أو ذات الدلالة.
- من حيث التنفيذ هي الاستعداد لعمل حركات معينة أو الوصول إلى هدف معين.
- قلب الغريزة هو الاندفاع أو التهيج الانفعالي.

وقد أورد ماكدوجل عام 1908م قائمة تحتوي على ثمان عشرة غريزة وهي:

1- غريزة البحث عن العظام. 2- غريزة التعزز.

3- غريزة الجنس. 4- غريزة الخوف.

5- غريزة الاستطلاع.
6- غريزة الوالديه.
7- غريزة الاجتماع.
8- غريزة تأكيد الذات.
9- غريزة الاستسلام.
10- غريزة الغضب.
11- غريزة الاستغاثة.
12- غريزة الإنشاء.
13- غريزة التملك.
14- غريزة الضحك.
15- غريزة الراحة.
16- غريزة النوم.
17- غريزة الترحل.
18- مجموعة من الغرائز البسيطة التي تخدم الحاجات الجسمية.

ويرى ماكدوجل أن كل هذه الغرائز أو النزعات ينظر إليها على أنها دوافع أو ميول طبيعية ولا يكتسب الفرد الغرائز اكتساباً بل يرثها وراثة.

المدرسة السلوكية

لعل خير ما نفعل في دراسة السلوكية هو أن نركزها حول (واطسون) تاركين الذين سبقوه حتى نرى الذي عناه بالتسمية الجديدة التي كان له فضل إدخالها على علم النفس والسلوكية بالتعريف هي تعاليم (واطسون) أو أهم ما في تعاليمه ولا يمكن إطلاق وصف (سلوكي) على علماء النفس الآخرين إلا بمقدار موافقتهم له على اعتبار أن كل عالم نفسي تقريباً يصر على شيء من الحرية لنفسه فإن عدد علماء النفس السلوكيين بالمعنى الدقيق للكلمة محدود. بيد أن ثمة كثيرين ممن يتبعون (واطسون) إلى حدود بعيدة كما إن هناك عدداً أكبر ممن تأثروا به.

ثم إن السلوكية امتدت خارج حدود علم النفس فدخلت حقل علم الاجتماع وغيرها من الحقول وانتشرت أحياناً انتشار الدين أو الحركات الشعبية وكان من نتيجة ذلك أن عالم النفس المقتصر على علم النفس لم يعد ذات صلة إلى تتبع السلوكية إلى جميع فروعها.

الفصل الثالث

اتجاهات جديدة في التحليل النفسي

الفصل الثالث

اتجاهات جديدة في التحليل النفسي

الفرد أدلر والسيكولوجية الفردية (1870-1937)

حوالي سنة 1912 وبعد عشر سنوات من بدء الضجة التي بدأ التحليل النفسي بنشرها في العالم مجتذبا الأنصار ومثيرا الخصوم ظهرت انحرافات في داخل الحلقة التي كانت قد تكونت حول فرويد، لقد كان من العسير على هذا العدد الضخم من الشباب المتحمس الذكي ولقد أفرد آدلر في حينها سنة 1870 وانضم إلى جماعة فرويد باكرا وكان له أشد الأثر فيما نظن في مفاهيم فرويد الأولى عن (الأنا) ولكن لم يكد يطل عام 1912 حتى أصبح من الواضح أن تشدده في القول بأن (الأنا) هي ضد (الليبيدو) لم يكن يتفق مع ملازمته لفرويد ولذلك أسس مدرسة جديدة سماها بعلم النفس الفردي، هذا ويبدو أن آدلر كان قد أعتقد منذ البدء بأن فرويد يبالغ في أهمية الجنس والأمور الجنسية، فهو بالرغم من اعترافه بكثرة وجود المصاعب الجنسية في الأمراض العصبية، يعتقد أنه وقع على شيء أكثر أساسية وأهمية لقد بدا له أن الحقيقة الأساسية في الأمراض العصبية هي الشعور بالخطة الشعور بالنقص كما يسمى أحيانا (Feeling of in Ferority) قد يكون هناك خطة جسدية أحياناً ولكن ثمة دوما شعور بالخطة.

والخلاصة فإن آدلر يعتقد أن الشعور بالنقص وليس الدافع الجنسي هو القوة السائدة الإيجابية في الحياة، وإن تبعا لذلك أنه هو الذي يتعرض للتثبيط من قبل المحيط ومن قبل حساسية الفرد الخاصة، وهكذا يكون هذا الحافز منبع كل إنتاج من جهة، كما يكون مصدر السلوك الخاطئ وعدم التلاؤم من جهة أخرى.

يقول آدلر أن مشكلة كل عصاب هي (بالنسبة للمريض) صعوبة الاحتفاظ بنمط من التصرف والتفكير والفهم ينكر مطاليب الواقع ويتحول بها عن موقعها الأصلي لطالما أثبتت أعمال علماء النفس الفرديين أن غاية الفرد في التفوق هي

العامل الأساسي في كل عصاب، أما مصدر الغاية نفسها فموجود في خبرات الخطة الفعلية لو لم أكن مشوقاً، لو لم أكن مريضاً لكنت قادراً على فعل ما فعله الآخرون.... لو لم تكن حياتي مليئة بالمصاعب القاسية لكنت الأول حتماً، إن مثل هذه الأوضاع هي التي تمكن الفرد من الاحتفاظ بشعوره في التفوق...إن شغله الشاغل في الحياة هو البحث.

مبادئ العلاج النفسي ومدارسه

مدرسة يونغ

أسس هذه المدرسة الطبيب النفسي السويسري كارل غوستاو يونغ وذلك في العام 1916.وكان يونغ من معاصري فرويد ومساعديه إلا أنه اختلف مع فرويد لأسباب عديدة يمكننا إيجازها بالأسباب الآتية:

1- التزام يونغ لمبادئ الطب النفسي وبخاصة مدرسة بلويلر التي ينتمي إليها.

2- انتماؤه المسيحي الذي حال دون قبوله عدداً من الطروحات الفرويدية.

3- تركيز يونغ على دور اللاوعي الجماعي.

أما العلاج على طريقة يونغ فإنه يستند إلى تحليل الأحلام وصولاً إلى لاوعي المريض.

وطريقة يونغ في التحليل تختلف عن طريقة فرويد إذ أن المحلل يتصرف مع مريضه على قدم المساواة ظاهرياً ويتخلى عن سيطرة المحلل على الطريقة الفرويدية وذلك بحيث تتحول هذه السيطرة لمصلحة اللاوعي الذي يحكم ويقود الحوار بين المحلل والمريض والتحليل لا يتجه بحسب يونغ نحو الهوامات النفسية الجنسية. وإنما هو يتجه نحو اكتشاف وتحديد عوائق تطور الشخصية. (أو متابعتها لهذا التطور).

أما عن فترة العلاج فهي تمتد لفترة 5 أسابيع بمتوسط جلستين في الأسبوع الواحد وهذه الطرق متبعة على نطاق ضيق في علاج اضطرابات التكامل لدى المراهقين والبالغين وفي الحالات الانهيارية النفسية لدى البالغين.

وتسمى هذه المدرسة أيضاً بمدرسة التحليل البناء.

ب- مدرسة أدلر:

وتسمى هذه المدرسة "علم النفس الفردي" لمؤسسها الفرد آدلر A.adler في العام 1912، وآدلر بدوره من معاصري فرويد ومساعديه ويهدف علم النفس الفردي إلى إيجاد إمكانيات تكيف جديدة للمريض.

أما عن طريقة العلاج فإنها ... للمريض إمكانية السرد الحر لأحداث حياته. ويمكن أن يتم هذا السرد حسب الترتيب الزمني للأحداث أو وفق الترتيب الذي يراه المريض مناسبا ومع تجنب وضعيات الصراع أو التعارض بين المحلل ومريضه ويعمد المحلل خلال هذه الجلسات إلى تحليل المواد الواعية.

واللاواعية. وذلك بهدف مساعدة المريض للتوصل إلى اكتشاف وفهم (أسلوبه الحياتي) وبنياته النفسية.

وأخيراً أن آدلر تحدى الكثير من مبادئ الوقاية النفسية.

ج- التحليل الذاتي:

كان تحليل (فرويد) لذاته هو التحليل الأول في تاريخ التحليل النفسي وإلى هذه الواقعة يستند عدد من المحللين في إقرارهم بمبدأ التحليل النفسي الذاتي.

وفي مقدمة المحللين المتحمسين للتحليل الذاتي نذكر Karen Horny التي ساهمت في نشر التحليل الذاتي وخصصت له كتابا منفردا إضافة للعديد من المقالات والممارسات العيادية الفعلية.

أما المعارضين فهم كثيرون وهم يشكلون الأغلبية المطلقة بين المحللين.

وقد خصص المحلل didier Anzicn كتاباً خاصاً لنقد التحليل الذاتي.

فنفذه أولاً فرويد نفسه. وسئل (أنزيو) إذا كان فرويد قد أحسن القيام بتحليل ذاته فكان جوابه بالنفي. واستدل بعدة شواهد على أن فرويد لم ينجح في تخطي وقاياته بالنسبة لمواضيع كثيرة كما أن أنزيو رفض أساسًا فكرة أن يكون فرويد قد قام بتحليل نفسه منفرداً إذ أن أنزيو يرى أن هذا التحليل إنما جرى تحت إشراف (فلايس) (صديق فرويد ومراسلاتهما مشهورة ومنشورة).

بل أن أنزيو يذهب إلى أبعد من ذلك حين يصف نقلة فرويد أمام محلله بالمراسلة فريس.

وفي الخلاصة فإن معارضين التحليل الذاتي يرون فيه نوعاً من أنواع التحليل الوحشي.

بعد هذا العرض لمختلف وجهات النظر نأتي إلى عرض مبادئ التحليل الذاتي كما رأتها (كارين هورني)، التي تعتبر مؤسستها، وهي:

1- تدريب الشخص على يد محلل وإعطائه المبادئ الأساسية للتحليل كي يتمكن من تطبيقها على ذاته. وكي يتمكن من تحليل أحلامه الخاصة.

2- الإشراف من قبل المحلل على التحليل الذاتي.

د- مدرسة سوندي:

مدرسة سوندي أو مدرسة "التحليل النفسي للقدر" هي مدرسة أسسها الطبيب النفساني المنغاري الأصل اليوبولدسوندي... وتعرف هذه النظرية بنظرية القدر. إذ يعتبر سوندي أن لكل شخص عدة خيارات قدرية تحددها لها وراثته وبيئته وتربيته ومن هنا فإن واجب المعالج أن يدرسها ويحدد هذه الخيارات لدى مريضه مما يضع المعالج أمام واحد من احتمالين هما:

1- إما أن يكون المريض قد انتقى أفضل خياراته ومع ذلك وقع في حبائل المرض وفي هذه الحالة يعتبر سوندي أن الحالة ميئوس منها ولا جدوى من علاجها.

2- أما أن تكون لدى المريض خيارات أفضل وعندما يصعب عليه يسعى المعالج لمساعدة المريض كي يتبين هذه الخيارات ويشجعه على انتقاء أفضلها ولعل أبرز ما في المدرسة هو الاختبار المعروف باسم مؤسسها اختبار سوندي... ويتألف هذا الاختبار من ستة مجموعات ويتألف كل منها من ثمان صور تمثل كلها مرضى عقليين ويطلب المحلل من المريض أن يصنف له هذه الصور بحيث ينتقي من كل مجموعة ثلاث صور تعجبه مع ترتيبها... والصور الثلاثة التي تسبب له النفور مع ترتيبها أيضاً وبهذه الطريقة يمكن تصنيف المريض وفق هذا الاختبار.

هـ- مدرسة لاكان:

نظراً لاتساع مفهوم هذه المدرسة ولكي نتمكن من مناقشة المنطلقات وأسس هذه المدرسة التحليلية عليه فإننا نكتفي بلختصار شديد بعرض سريع لها..

مؤسس هذه المدرسة هو الطبيب النفسي الفرنسي جاك لاكان (1901-1981) وكان لاكان قد أعد اطروحاته حول المرض البارانويا مما أدى به للتعرف إلى النظرية الفرويدية وسلوكها، وهكذا أصبح لاكان طبيباً نفسياً عيادياً ممارساً إلى جانب كونه محللاً ومهتماً بالفنون والآداب وبخاصة فقد اهتم بالمدرسة السريالية وكان على علاقة مباشرة من بأعلام هذه المدرسة من أمثال سلفادور دالي وغيره، وثم جاء اهتمامه بالفلسفة وتأثره الشديد بمعاصريه ونشر لاكان كتاباته في عام (1966) وكانت في 900 صفحة ومن خلال هذه الكتابات خرج لاكان بالتحليل النفسي من الممارسة العيادية إلى ميادين أخرى فتأسست مدارس جديدة تعتمد تحليل لاكان في فروع شتى مثل اللغة والآداب والفنون وأساليب التعبير.

و- مدرسة ميلاني كلاين:

ميلاني كلاين (1882-1960) تعتبر من أهم الجدديـن والمعمقين للنظرية الفرويدية (نيو فرويدية) وكانت كلاين قد تدربت على يد فرنزي ومارست منذ البداية التحليل النفسي للأطفال ووفق عمل فرويد بهذا الميدان من خلال هاينز الصغير مثلاً ولكنه لم يتعمق فيه وقد عملت إبنة فرويد آنا في المجال نفسه، إلا أن الخلاف ما لبث أن ظهر بين آنا وميلاني، بدأ في عام 1926 وقد تركزت أعمال كلاين في مجال تحليل الأطفال واستعملت في هذا التحليل الألعاب والرسوم والازاحات المكانية بدلاً من الحوار التحليلي الخاص بالبالغين، وتؤكد كلاين أنها تتوصل بهذه الطريقة إلى نفس الحقائق التحليلية والتقليدية، ويعتمد أسلوب كلاين مبدأ الانسلاخ من العدائية وعليه فإن كلاين لا تكتفي برد العصاب إلى العقدة الأوديبية بل هي تعود به إلى المرحلة ما قبل الأوديبية فتقول:

(إن تجربتي تقودني إلى التفكير بأنه منذ بداية الحياة هنالك تمازجاً بين الليبيد وبين العدائية المولدة للقلق هذه العدائية التي تكون فاعلة وبعمق في مختلف مراحل أطوار الليبيدو).

العلاج المتمركز حول المسترشد

يعد(كارل روجرز)المؤسس الحقيقي لهذه المدرسة ويؤكد بقوة دور العلاقة التي تتم بين المعالج والمريض على أنها أهم حتى من التفسيرات العقلية التي يقدمها المعالجون لمرضاهم ويتضح من دراسات مكثفة ومن خلال نظرية متكاملة للعلاج النفسي في الممارسة نظريه أطلق عليها [نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد] تدور هذه النظرية حول مسلمة تبناها في نظريه للسلوك الإنساني وهي أن الإنسان يولد ولديه دافع فطري للنمو والارتقاء بخبرته وإمكاناته وهذا هو الذي يعد الدافع لقيادة الإنسان وتقدمه في الحية علماً أن هذا الارتقاء لا يمكن أن يتم إلا إذا استطاع الإنسان أن يدرك بوضوح اختياراته في الحياة.

والسلوك الإنساني في رأيه هو محاولات موجهة نحو أهداف يراها وتكون قادرة على إرضاء حاجاته التي تتكون من خبراته المختلفة في الحية كما أن مفهوم الذات هو من المفاهيم الرئيسية في نظريته الإنسانية والتي تتكون من خلال تفاعلات الإنسان بالبيئة وبشكل خاص من خلال وعي الإنسان بأحكام الآخرين وإدراكهم له . وتحدث خلال حية الفرد خبرات هي :-

1- دمج هذه الخبرات وربطها وتنظيمها في شكل علاقة بالذات

2- تجاهل هذه الخبرة لأن الفرد لا يدرك صلتهما بالذات

3- إنكار الخبرة وتشويهها لأنها لا تتسق مع بناء الذات وتحت شروط خاصة قد يقوم الفرد بإدراك وفحص الخبرات التي لا تتسق مع الذات وبالتالي يعدل من بناء ذاته ليمكنها أن تتمثل هذه الخبرات وتتشربها ويحدث ذلك عند عدم تهديد الذات ومن ثم تنبع أهمية المبادئ التي يتحدث عنها روجرز مثل : الدفء والتقبل والتسامح وعدم الحكم والعلاج النفسي عند روجرز هو فن إطلاق الإمكانيات الإيجابية لدى الفرد المدفوع بفطرته نحو الأحسن بعبارة أخرى: هو علاج يقوم على تحقيق ما يسميه روجرز إمكانيات النمو : وكلتا الطرفين يملك تلك الإمكانيات ، ولكننا نحتاج إلى الإلمام بشروط إطلاقها وفكها من مكانها ، والعلاج المتمركز حول المسترشد يؤدي بالتالي بالسماح لإمكانيات

الفرد بالانطلاق وتحقيق الذات ولكي ينجح العلاج النفسي على وفق هذا التصور يحتاج المعالج الممتاز ثلاث خصائص رئيسيه هي :

1- الصدق الخالي من الزيف والاصطناع .

2- الفهم المتعاطف الدقيق للشخص .

3- الاحترام والتقدير الدقيق للشخص .

التعلم الاجتماعي

سمح (باندورا وروس) في إحدى التجارب لمجموعة من الأطفال بمشاهدة أفلام تلفزيونية قصيرة تصف شخصاً يتصرف بعنف مع دمية من المطاط فكان يركلها ويقرصها ويصفعها على الوجه ، وينثرها بعد تمزيقها إلى قطع صغيرة متناثرة، فلاحظ الباحثان أن الأطفال قد بدأوا يتصرفون بعد نقلهم إلى حجرة أخرى بنفس العدوان والغلظة نحو دماً متشابهة . وبهذه التجربة وغيرها استطاع باندورا من جامعة ستانفورد أن يضع نظريته في التعلم الاجتماعي أي التعلم من خلال مشاهدة الآخرين ، وبهذا يثبت إننا نكتسب بمشاهدة الآخرين وهم يقومون ببعض النماذج السلوكية سلسلة ضخمة من السلوك تتراوح من الحركات والنشاطات السلوكية البسيطة كالسباحة وكرة القدم إلى أنواع السلوك الاجتماعي المركبة كالقيم والاتجاهات وطرائق التعبير عن المشاعر والأفكار .

وقد وضع (باندورا) شروطاً لتيسير النماذج في التعلم الاجتماعي فإذا كانت القدوة النموذج ناجحة وقوية على حسب المعايير السائدة كان من السهل تعلم أنواع السلوك التي تصدر منها، كذلك يثبت أن مكافأة القدرة على التصرفات الصادرة يشجع أيضا على أن نتعلم بسرعة التصرفات والجوانب للسلوك الصادر عنهما .

لذا يجب علينا ان نقتدي في تصرفاتنا بالناس الناجحين وبالأعمال التي يكافأون عليها أكثر من تأثرنا بالناس الفاشلين وبأنواع السلوك التي لا تؤدي إلى نتائج إيجابية ، كما أن هناك شروطاً خاصة بالفرد الذي يتعلم .... فالدوافع والاهتمامات الشخصية والحاجات الخاصة تساعد على توجيه طاقم التعلم الاجتماعي عند الشخص كذلك تساعد معتقداته الشخصية وقيمه واتجاهاته

الاجتماعية على أن يتعلم بسرعة فائقة الأشياء التي تتفق مع بنائه الاعتقادي واتجاهاته السابقة ويساعد الأداء العقلي للسلوك على سرعة تعلمه ، فتعلم اللغة لن يتم بمجرد ملاحظة الآخرين وانما من خلال أفعال حركية ، ولكن لا بد من دفع الشخص إلى ممارسة هذا السلوك .

وتزداد قدرة الشخص على التعلم من خلال بعض الشروط العقلية كما إن للذكاء وقدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته مزايا تدخل ضمن القدرة العقلية المعرفية.

التعلم المعرفي:

التعلم المعرفي : قدم تولمان عام 1949 أدلة تجربته ثبت أن الحيوانات في تجاربه أنها لا تتعلم من خلال العادة كما تتكون بالطرائق السلوكية التقليدية بل تتعلم أيضاً من خلال معرفتها المسبقة أو من خلال ما يسميه بالخريطة المعرفية أي أن الفئران في متاهات التعلم تقوم بوضع خريطة معرفية بحيث تدرك كل ممر في المتاهة بل بعلاقته بالممرات الأخرى . فالفئران الذي أمكن تعلمها عبور المتاهات على عامل متحرك للوصول للطعام يمكنها بعد ذلك أن تمد طريقها وهي تسير على أقدامها أو تعبرها سباحة عندما تكون المتاهة مغمورة بالمياه ، مما يدل على أنها تصرفت في المواقف الجديدة كما لو كانت تملك خريطة تمكنها من معرفة المكان الذي تعيش فيه ، وقد تحول هذا المبدأ إلى نواة لتكوين نظرية التعلم المعرفي والتي واكبت ظهور احدث أنواع السلوك وهو العلاج السلوكي المعرفي ، وتؤكد نظرية التعلم المعرفي أن الناس لا تتعلم فقط من خلال القواعد التشريطية أو التعلم الاجتماعي بل يتعلم الناس أيضاً من خلال التفكير في المواقف ومن خلال تحليلها وإدراكها وتفسيرها .

ويعود الفضل لـ ((دولا روميللر)) في إثبات أن قدرة الإنسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزي قد جعلته من اكثر الكائنات قدرة على الاستفادة من التعلم المعرفي ، فهو بسبب قدرته على استخدام اللغة والرموز قد يخرج من الموقف الواحد بنتائج مختلفة بحسب تفسيره لهذا الموقف وبحسب استنتاجاته منه

وطريقه إدراكه له ، أو ما يأتي منه مـن رمـوز وإشـارات انفعاليه أو فكريـه بعبـارة أخرى: فنحن لا نتعلم فقط استجابات ولكـن نتعلـم توقعـات او تنبـؤات ورمـوز وعندما نواجه مشكلة أو موقفاً جديداً نكون قد تعلمنا أن نستجيب له وفق ما تجمع لدينا من معلومات سابقة .

- استطاع (البرت اليس) 1962 أن يستفيد من نظرية التعلم المعرفي ووضـع مـن خلالها مجموعه من القواعد لتشكيل نظريته في العلاج السلوكي التي يطلق عليها العلاج العقلاني أو العلاج من خلال الدفع المفعل والفكرة الرئيسـية مـن هـذا النوع من العلاج يقوم على تعديل ما يقوله الناس . لأنفسهم على أساس إنما ما يقوله الناس لأنفسهم داخلياً هو العامل الرئيسي لتشكيل استجاباتهم الانفعالية نحو المواقف والأشياء .

السواء واللاسواء

لقد اصبح هذا القرن الواحد والعشرون أن يسلك الإنسان حيـاة ذات معنـى يرضى عنها وسط الثورة المعرفية والتغيرات التقنية الهائلة مما ترتب عليه تغيرات في البنى الاجتماعية تتطلب توافقاً أو إعادة بناء التكيف الاجتماعي للأفراد والجماعات وبمواقف ومطالب تنسجم وما يرافق هذا التطور السريع مما تولد عن ذلك علاقات متشابكة معقده ويرى (hilgar 1979) أن نتيجـة تلـك المؤثـرات توحـي بزيـادة التوتر والشد الانفعالي مما دفع المجتمعات الأوروبيـة خاصـة إلى اللجـوء للمخـدرات والخمور والأقراص المنومة .لغرض التخفيف من هذا التوتر عن طريق تغير الوعي والشرود عن واقع الحيـاة ولينسـحب هـذا إلى نتـائج أخرى في المجتمـع جـرت إلى الجرائم مثل العنف والسلوك اللاسوي, والسلوك الـسوي اصبح معقداً كلمـا أردنـا مقارنته في السلوك اللاسوي ، لأننا أحياناً لا نعلم لماذا نسلك هذا السلوك السـوي الذي يطلق عليه المجتمع ذلك في حين إننا نشعر إننا نسلك بمشاعر غيرنـا ولـو كنـا نسلك بما نريده ونحس به في أعماقنا لأعتـبر ذلـك السـلوك لا سـوياً كونـه يخـالف القاعدة السائدة في السلوك في المجتمع . إذا ما هو سوي ولا سوي مصطلح نسبي .

ولكـن مـن الناحيـة العلميـة أن كلمـة لا سـوي يقابلـها باللغـة الإنجليزيـة

(abnormal) وتتكون من مقطعين معناها بعيداً عن (ab) و (normal) الواقع أو الاعتيادي أو معيار المجتمع أو القيم . أي بعيداً عن السواء يعتقد (1982 coles) أن الحكم على السواء أو اللاسواء يتضح حين يتطرق الفرد بشخصيته عن المفهوم الإحصائي من حيث البعد عن نقطة الوسط أو الإجماع ويؤكد (1980 rutter) أن سلوك الإفراد لا يمكن الحكم عليه بشكل مطلق ومجرد ولكن ينبغي تقويم سلوك الفرد وفقاً للبيئة الاجتماعية الذي يعيش فيها ضمن الإطار الثقافي والاجتماعي الذي يعيش فيه.

ويتم الحكم على سلوك الأفراد وفقاً للتفاعل في بيئته الاجتماعية ومدى توافقه معها أو بعده عنها . وهنا ينتج لنا أن السواء واللاسواء سوف يختلف الحكم على معناه من مجتمع إلى أخر فما يعتبره الأوروبيون سلوك سوي (شرب الخمر) يعتبره المجتمع الإسلامي سلوك لاسوي . وهذا اثر للجانب العقائدي والمعرفي والبيئي عند الحكم على السلوك السوي واللاسوي .

ويرى البعض ان سوء التكيف الاجتماعي وفشل الفرد في التوافق الاجتماعي هو المحل للحكم على السواء واللاسواء ولكن ليس قاعدة علمة يقودها هو مجل من المجالات التي تندرج ضمن الحكم على السواء واللاسواء .

وبشكل عام هناك حكم على اللاسواء وهم الشخصيات العصامية أو المرضى النفسيين أو العقليين أو الذين يشعرون بقلق غير موضوعي أو توحشي وشك أو ريبة واكتئاب ويعانون من فقدان الشهية والأرق والآلام العديدة . أما عدا ذلك فان سلوك المريض سلوكاً سوياً إيجابياً .

ويؤكد (mischel) أن هناك أنماطا من السلوك تعتبر لا سويه كالهوس والإنكار والكبت والأمراض النفسية التي لا تنطوي على مشاعر بالألم ولكنها تعتبر لا سواء أذن السوي هو الذي يتمتع بصحة نفسيه وخلوه من الاضطرابات الانفعالية أو من الخلل النفسي والعقلي. ويؤكد (hilgar 1977) إن السوي هو الذي لديه القدرة على التوافق في بيئته ومع الواقع الذي يعيشه ويجد لنفسه دوراً في المجتمع .

ويتضح لنا اكثر مفهوم السوي عندما تكون شخصية الفرد ذات سمات إيجابية

فردية ويعتمد على مدى إبداعه وأصالة تفكيره وقدرته على تحقيق إمكانياته وحسب قدراته الذاتية . أكد ماسلو (maslo) أن الأشخاص القادرين على تحقيق ذاتهم هم أصحاب نفسيات سليمة وأسوياء . كونهم لديهم القدرة على النجاح في الأداء الوظيفي وتحقيق أهدافهم وبما يتفق مع بيئتهم الاجتماعية والمادية .

فالشخص السوي لا يبالغ عند تقديره لقدراته كونه مدركاً للواقع وبشكل معقول بحيث يحاول ان يقوم بأكثر مما تسمح به قدراته وإمكاناته .

إلا أن الأسوياء عادة ما يكون لديهم وعي اكبر بدوافعهم وانفعالاتهم اكثر من الذين تم تشخيصهم كمضطرين .

وما دام الإنسان السوي يفهم ذاته فهو لديه القدرة على التحكم الإرادي في سلوكه . ويسلك بتلقائية في المواقف الاجتماعية ، ولديه القدرة في التواصل مع الآخرين وإقامة علاقات جيدة مع الآخرين في حين نرى الشخص اللاسوي مضطرب انفعالياً أو عقلياً تسيطر عليه أحاسيس عدم الرضى . غير اجتماعي متمركزاً حول ذاته رغم انه يسعى لطلب محبة الآخرين لكنه يخشى إقامة علاقات صداقة أو تواصل معهم .

الفصل الرابع

الشخصية السوية والشخصية الغير سوية

الفصل الرابع

الشخصية السوية والشخصية الغير سوية

الشخصية السوية والشخصية الغير السوية أو بين الشخص حسن الصحة النفسية والشخص سيئ الصحة النفسية وهو في حقيقته (اختلاف في الدرجة وليس في النوع) [1]

يفترض البحث في الشخصية في صحتها ومرضها" إن معظم الناس وفقاً للمتوسط كمفهوم إحصائي، تتشكل على أساس التصميم الفطري للطبيعة وهو تصميم سوي بطبيعته.[2]

فالسواء النفسي بذلك ينبغي أن يكون هو الصفة الغالبة المميزة لمعظم الأشخاص .

ومن ناحية أخرى يؤكد ماسلو على حقيقة الطبيعة الإنسانية ، وهي طبيعة سوية ومبدعة ، ويرى في ذلك الخاصية الأساسية المميزة للطبيعة الإنسانية العامة وهي إمكانية تعطى لكل الكائنات الإنسانية عند الميلاد .[3]

ومن ثم ، فإن الطبيعة الإنسانية وفقاً لماسلو لا تتميز بالسوية فحسب وإنما بالإبتكارية والإبداعية كذلك .

لقد صار معظم اهتمام العلوم السلوكية والممارسات الإكلينيكية في دراستها

---

(1) Carroll. H . A . nental Hygiene - London . Toronto. Tokyo : prehtice . Hall . Inc - 1969 , p, a

(2) Roy (e,J . E . personalilty and Mentalhealth (ver . Ed) Milwaukee : Bruce , 1964) p . 223

(3) Maslow A , H Motivation , and personality New York Harperg Row, 1954 (2ed. 1970) , p, 223 .

لدينميات السلوك والشخصية موجهاً إلى الجوانب المرضية وأدخلت هنالك نقاط هامة كثيرة تتطلب مزيداً من البحث والدراسة ، فقد توفرت معلومات تجريبية كثيرة ونظريات قيمة تتعلق بمفاهيم الشخص المنحرف والمريض والمضطرب والسيئ التوافق وعلى العكس من ذلك لا توجد إلا معلومات قليلة الوضوح تصور لنا أقل ما يمكن عن طبيعة السواء النفسي ، بل هنالك من يذهب حتى إلى أنه لا يوجد ذلك الشيء الذي نسميه بالإنسان السوى .[1]

فلعل من الأسهل تناول ظاهرات المرضية وقضايا علم النفس المرضي أكثر من تناول الشخصية ،فالسواء أو الصحة مصطلح مركب غامض إلى حد كبير بقدر ما يربط بالتطور للطبيعة الإنسانية وبالأطر الثقافية المتباينة وبحالات المرض والشفاء وبدورة هذه الحالات .[2]

فالشخص ذو الشخصية السوية لا يخلوا تماماً من التوتر أو القلق أو مشاعر الذنب ولكنها لا تستحوذ عليه ولا تغمره فلا يكون معلولاً بها ، فهو قادراً على أن يكون حراً من سطوة قيودها أو على مواجهتها بطريقة بناءة وفي معظم الأحوال يستطيع حل مشكلاته دون ما إخلال بتركيبه الداخلي أما الشخص غير السوى أو الشخص سيئ الصحة النفسية فتتملكه مشاعر الذنب في معظم الحالات ، وما يخبره قلق ليس من النوع البناء ، وإنما هو من النوع الغامض والمعمم والمهدد لكل توازنه النفسي وهو لا يرى طريقة واضحة لحل صراعاته وعادة ما يعجز عن تناول إدمانه بطريقة ناجحة ، وعدم القدرة هذه تسلب ثقته بنفسه واحترامه لذاته وقد يتفاهم إحساسه بالتهديد بحيث ينمو معه اضطراب في السلوك تتراوح درجته من الشكل البسيط إلى الخطير والحاد نعني ذلك أن الشخصية أو الصحة النفسية مفهوم نسبي وإن تقييم الشخصية يتحقق على نحو أفضل في إطار معايير نسبية السوية أو نسبية الصحة النفسية .فمفاهيم الصحة والمرض ليست بمصطلحات

---

(1) Shopen . E.J . Towarda , concept , of the : normal personalety . American psychologist . 1957 , 12,183,189.

(2) Mccammon , R. W . The concept of normality . Auu Acad . Sei . 1966 . 134 . 559 . 562 . Simonson. E. the

تشير إلى معايير أو معاني مطلقة ولكنها دلائل مميزة متفق عليها فحسب يستخدمها لتحديد الحالات المختلفة بطريقة نسبية .[1]

والواقع أن الكثير من المعرفة السيكولوجية بالشخصية السوية مستوحاة بشكل أو بآخر من البحث في الشخصية المرضية ومن نظريات العلاج النفسي ومن الخبرات والممارسات الإكلينيكية لعلماء النفس ، كما لو أن الشخصية السوية بخصائصها وديناميتها وشروط بنائها ، هي عكس الشخصية المرضية فرغم الإنجازات العظيمة لعلم النفس إلا أنه مطالب الآن أكثر من أي وقت مضى بأن يكون أكثر سوية في بحثه للإنسان السوي[2]

وبأن يقدم للعلم تحليلاً علمياً دقيقاً لحقيقة الشخصية السوية يضاف إلى ما أسداه ويسديه للإنسانية في مقومات الحياة الإنسانية أكثر استحقاقاً وفعالية وإبداعية.[3]

وهنك اعتبارات في السواء النفسي والشخصية السوية .

- رغم أن التنظير والبحث في الشخصية السوية قد أفاد بالفعل من البحث في ديناميات الشخصية المرضية إلا أن فهمنا لسواء الشخصية لا يزال في معظمه مستمد من نتائج البحث في أمراض الشخصية .
- رغم أن عدد الأصحاء نفسياً أكثر من عدد مرضى الشخصية على أقل من الناحية الإحصائية وفق لقاعدة التوزيع الاعتدالي إلا أن حجم البحوث في هذا الميدان قليلة .
- رغم أن عدد الأشخاص الأصحاء نفسياً لا يزال يفوق عدد مرضى الشخصية إلا أن البيانات تشير إلى أن ثمة تناقصاً بادياً في معدل الأشخاص الأصحاء

(1) Concept and . Definition of normalety . Any . N. Y . Acad Sie 1966. 134, 558 .

(2) Shopen , E , J Toward A Concept of the nornal personality . American psychologist . 1957 . 12 . 183 . 189

(3) Shopen. E . J Toward A . Concept of the . Normal personality . Amarican psychologict , 1957 . 12. 183 . 189 .

نفسياً ، وتزايد في عدد الأشخاص الذين يعانون من أشكال اضطرابات الشخصية المختلفة .

- ورغم أن عصرنا الحاضر عصر ، الثورة العلمية التكنولوجية . قد توفرت فيه منجزات حضارية فذه . إلا أنها تحمل في طياتها أيضاً الكثير من الآلام والمتاعب النفسية ، والكثير من مقاومات التدمير والتخريب وبالتالي الكثير من الشقاء الإنساني وهذا يستلزم بناء للشخصية أقدر على مواجهة ضغوط هذا العصر ومتطلباته وأكثر استجابة لمقومات التقدم والارتقاء .[1]

وثمة خاصية مميزة للشخص السوي وهي ما يتصف به من مقدرة متزنة وناصحة على إدراك الحب وتلقي الحب على أن يكون محبوباً ولا يعني ذلك أنه يفتن بالآخرين يعني ذلك بالأحرى عطاء وأخذ ناضجين للحب مع الأشخاص الذين يتبادل الإعجاب والتواد . ومن شأن الاهتمام بالناس والإقبال عليهم أن يساعد الشخص السوي على أن يكتسب استبصاراً كافياً بنفسه بقدراته. مقارنة بقدرات الآخرين وبالتالي لا تنمو عنده أوهام الاستعلاء وبالتالي يكون أقدر على التغير في الاتجاه الصحيح .[2]

التفسير الإكلينيكي للسلوك السوي واللاسوي وفق النظريات السيكولوجية

تساعدنا المدارس النفسية ووجهات نظر علماء النفس في المفاهيم النفسية التي تساعد الإكلينيكي في تحديد ما سيتعامل معه من حالات ، وما يفحصه أو يدرسه وهو بهذا يسترشد بهذه المفاهيم والنماذج والنظريات لكي يصل إلى الأسلوب العلاجي الذي يمكن أن يتبعه (Veale 1982) وأكد (سلامه 1985) أن النظر إلى مفاهيم ووجهات نظر علماء النفس مهمة وتساعد المعالج في عمله كونها تساعده على التعرف على الأحداث والتقصي مستندة إلى مدرسة التحليل النفس مثلاً فعليه أن :

---

(1) نفس المرجع السابق ص 198

(2) Jourard . S . M. A study of self . Disclosure . Seient American , 1958 , no, 5, 77, 82. Bederso. D. M. & V . J Breglio bersonality correlates of a ctual self. Disclosure . psycohali . R 1968 . 22, 495 , col .

يجمع البيانـات عـن الأحـلام ـ والهفـوات أو زلات اللسـان وان كـان يتخـذ المفهوم السلوكي فعليه أن يهتم :

تحديد العلاقات القائمة بين المتغيرات وبين الأحداث والوقائع النفسية السلوكية . وبهذا يكون الإكلينيكي قد أتاح لسياق المعلومات والبيانات عن العميل أن تتكامل لديه لأجل استخدامها في عملية العلاج . كونه لم يتحمس لمفهوم واحـد أو يتعصب لنظرية نفسية إذ قد يوقعه ذلك في خطأ التعميمات التي تحـد مـن كفـاءة المعالج عند قيامه بالتشخيص والتقويم ورسم خطة العلاج كما يقول (Kendall $ Vorton 1982) .

وفيما يلي سوف نستعرض النظريات والمدارس النفسية فيما يخص هذا الجانب وتشمل على :

1- رأي نظرية التحليل النفسي
2- رأي النظرية السلوكية
3- رأي النظرية الفسيولوجية
4- رأي نظرية الثقافة الاجتماعية
5- رأي المدرسة الإنسانية
6- رأي مدرسة الجشتالت
7- رأي نظرية التعديل السلوكي لسكر
8- رأي مدرسة العلاج النفسي الأسري
9- رأي مدرسة العلاج النفسي الواقعي

نظرية التحليل النفسي

يستند أصحاب هذه المدرسة التحليل النفسي على مفاهيم (فرويد) Freud 1917) والتي جاءت فيما بعد اكثر منتجاً من خلال كتابات (ameron 1963) وتستند في آرائهم على أن : ــ

1- ان الصراع النفسي منشأ المرض وأوله القلق ومصدره النمو النفسي الجنسي على مر مراحل النمو وان حل هذا الصراع يبرز كفاءة الأداء الشخصي للفرد .

2- ان العوامل اللاشعورية هي التي تحد السلوك .

3- أن السلوك الإنساني ينقسم في شخصية الفرد حسب رأي (فرويد) إلى الهو - الانا - الانا الأعلى وهي قوى متصارعة حيث أن الهو مكون فطري بايولوجي يعمل بمبدأ اللذة والتخلص من التوتر دون النظر إلى القيم أو الأعراف أو التقاليد - والانا هو المكون الذي يتعامل مع الواقع ويتركز حول الفكر والإرادة والوظائف العقلية ووفقاً لمبدأ اللذة والواقع فهو وسيط بين الهو والانا إلا على أن الانا الأعلى فهو المثالية وهو المعيار الأخلاقي المثالي للمجتمع . ولهذا أكد (مخيمر 1981) على ضرورة الرجوع في العلاج النفسي للعصابية والعصاب بشكل عام إلى هذه النظرية .

ان هذه النظرية تعتمد أساسا على الخبرات الأولية في المهد والطفولة وتأثيراتها اللاحقة على شخصية الفرد وما لها من تفاعلات قائمة بين الهو والانا والانا الأعلى . وقد وجه البعض الانتقاد إلى هذه التفسيرات في نظرية التحليل النفسي لم تهتم بالتجريب والبحث الموضوعي وانما اعتمدت على الملاحظات الإكلينيكية .

النظرية السلوكية

يعود الفضل في هذه النظرية إلى (واتسون Watson 1913) وهو أول من قل بها حيث أكد على ان المفاهيم السلوكية هي الأساس في تفسير السلوك وقد دعا إلى دراسة السلوك والقوانين التي تحكمه . واكد (Krasner 1975) ان الاضطراب السلوكي هو نتيجة تعلم اجتماعي خاطئ . وقال ان عملية التعلم شيء طبيعي لا خلل فيها ولكن الاستجابات التي يكتسبها الفرد التي ينشأ عنها مشكلات استجابته ينبغي تغيرها . وان البيئة هي التي تؤدي إلى اكتساب السلوك السوي أو اللاسوي .

واكدت هذه النظرية على الطريقة التجريبية وهم وردوا على طريقة الاستبطان الذاتي الفرويدي انها لا تؤدي أي دور هام في منهجية البحث العلمي للسلوك .

وقد أكد كل من (Kent , Gold fried 1972) ان اعتماد الرأي السلوكي على استخدام الأسلوب العلمي البحت هو الركيزة الأساسية لتحليل السلوك التكيفي أو السلوك اللاتكيفي وان مبادئ التعلم هي التي تؤدي الى ظهورهما وهي القوانين نفسها التي يتم فيها تقبل السلوك وقام (Miller -& Dollard 1950) في تطوير النموذج السلوكي لتفسير الاضطرابات وفق مبادئ التشريط الكلاسيكي والتشريط الإجرائي والتعلم بالملاحظة والاقتداء وتعتبر الدقة والمدخل العلمي والعلاجي من أهم مواصفات نظرية العلاج السلوكي . والنقد الموجه لهذه النظرية انها لا تعترف بالعمليات السيكولوجية والمعرفية التي تقع بين إدراكنا واستجاباتنا للأحداث والعالم الخارجي أو كذلك تتجاهل العامل الباثولوجي في التأثير على السلوك او عملية حدوثه من عدمها .

النظرية الفسيولوجية

ان هذا المفهوم طبي وينظر إلى الاضطرابات النفسية وله مكانة ويسهم في علاج بعض الحالات للأعراض العضوية الموضوعية وهي أمراض جسمية والأعراض النفسية أعراض ذاتية ، (Davison 1982) . ولهذا سمي هذا بالنموذج العضوي أي أن الأعراض تعزى إلى مرض أو اضطرابات بيولوجية أو كيميائية عضوية وهذا هو رأي الأطباء حسب ما تم إعدادهم عليه .

أن أداء المخ ووظائفه في السلوك الإنساني قد أعطى الاكتشاف والربط بين مرض الزهري وبين تدهور الوظائف النفسية وهذا أعطى قوة للمفهوم الفسيولوجي انه يقول (1961 Szasz) أن الأعراض في الاضطرابات النفسية تمثل سلوك المريض فمثلاً اعتقاد المريض انه (اله) او (نبي) قد يكون كافياً لان يجعل المعالج ان يشخصه فخصام برانوي (البارانويا) ولكن هذا الحكم يستند على صحة ما يقوله المريض وعلى ما يصدقه المعالج الإكلينيكي .

ان المفهوم النظري الفسيولوجي للاضطرابات النفسية يعتمد على الأمراض والأدوية واستخدام الأجهزة الكهربائية والجراحة .

النقد الموجه لهذا المفهوم الطبي كونه يصلح لجانب معين وهو المرض العضوي النفسي الذي قد لا يصلح لحالات أخرى .

النظرية الثقافية الاجتماعية

أن هذا المفهوم يركز على العوامل البيئية سواء أكانت اجتماعية أو ثقافية والتي مصدرها الأسرة والأصدقاء والجماعة . وان مصدر الاضطراب الذي يهدد الجماعة يقوم المجتمع بعزله فحين يفكر أو يشعر الفرد بطريقة تتفق وما يريده الآخرون حتى وان كان لا يتفق مع مشاعره وهذا يتفق هذا المفهوم مع المفهوم الإنساني (لماسلو) ويرى (Rogers 1951) ان الاضطراب إنما يحدث أن يهتم الفرد بتقويم الآخرين له وتوقعاتهم متجاهلاً ما يفكر فيه هو أو يشعر به هو أو يريده هو متجاهلاً دافعه الفطري لان يحقق ذاته .

ان المفهوم الاجتماعي الثقافي لا يهتم بالعوامل الفسيولوجية والعمليات النفسية الداخلية أو بما تعلمه الفرد خلال التدعيم .

ان هذا الإطار لا تزال نتائجه غير مؤكدة بالمفاهيم النظرية ولكن مفاهيمها في العلاج النفسي لاقت تأييداً على الرغم من أن الإطار النظري لم يأت بما يؤيد مفاهيمها .

النظرية الإنسانية

يرى روجرز (Rogers 1959) أن مفاهيم المدرسة الإنسانية تنظر إلى الإنسان كفرد يمكنه الاختيار بين البدائل وله حرية الاداره وهو إنسان متفاعل صانع لحياته ويمكنه الاختيار بين بدائل الأفعال وليس إنسان سلبياً تابعاً لما يقع له من أحداث بل يصنع أفعاله ويستجيب له .

ويرى أن الإنسان يعاني من العصاب عندما لا يمارس حرية الاختيار مما يسبب له ملل وبلادة واكتئاب ومما يجعله يشعر بالفراغ الروحي الداخلي وخلوه لهذا العيش مما يسبب له العصاب الوجودي كونه يساير أدواراً فرضها عليه المجتمع على حساب نموه التشخيصي (ممدوحة وعسكر 1992) وانه أية توتر يحدث لهم بحدوث وفاة مثلاً يسبب لهم بدء المرض بالعصابية (Mddi 1967).

أن النموذج الإنساني يؤكد على أن الإنسان يستجيب للأحداث وفقاً لكيفية ادراكه وتفسيره لا يمكن أن يتم إلا من خلال خبرته الذاتية وهي الأمر

الحاسم للسلوك في كيفية الفهم العام الموضوعي تم المعنى الخاص الذاتي الذي يضيفه الفرد عليه .

النظرية الجشتاليته

يعتبر (فردريك وكونكا وكوهلر وفرتها يمر) من أصحاب هذه النظرية التي تنظر للفرد ككيان موحد كلي ومعنى الجشتاليت (الكل الصورة الكلية أو الاستبصار بالشيء ولهذا يعتقد علماء الجشطالت ان النموذج العلاجي للفرد يمكن أن يستخدم معه مجموعة من الصور حسب ما يختاره العميل ومدى ما يلائم إمكاناته وقدراته .

وجهة نظر مدرسة التعديل السلوكي

ويعتبر (سكنر (Skinner) من الأوائل الذين أسسوا مدرسة التعديل السلوكي، حيث انه لم يصنع شروط مواصفات البيئة المهنية في الاتجاه السلوكي (ماهر عمر 1992) بين المعالج والمريض ويمكن ان تتم المقابلة ولا تتجاوز الخمسين دقيقة . وأضاف (Chamless & Gold stein 1979)انه قد يمتد العلاج النفسي السلوكي باقتراح العلاج الطبي ولا سيما في حالة الاكتئاب الحاد لدى المدخنين .

وجهة مدرسة العلاج النفسي الانفعالي العقلاني

مؤسس هذه المدرسة (Albert Ellis) 1979) وهي تتبع في العلاج النفسي الاتجاه العقلي المعرفي (Cognitive approoch) وهو أسلوب تعليمي وتسمى عمليات ممارسة العلاج في هذه المدرسة بأسلوب (تقنيات الواجب البيتي (Homework technique) وهي الطريقة التي تستخدم مع العميل (المريض) ويعتبر الأسلوب العقلي المعرفي أساس في علاقة المعالج والمريض .

وجهة نظر مدرسة العلاج النفسي الأسرى

ومن الكتاب الذي أعطوا أهمية لهذا الجانب هو Vincent Foleyفينيت فولي وكذلك (Boch 1973) حيث أكد على أهمية الاتجاه في العلاج الأسري حيث ان البيئة النمطية الصحيحة في العلاج داخل بيت الأسرة وعلى فترات منظمة من

خلال الزيارات المنتظمة والتلقائية . حيث ان (العميل المريض) يميل إلى اخذ راحته بالاسترخاء العام في أماكن عيشته ويمكن الانفتاح على نفسه مما يسهل تطوير علاجه وكذلك دور المريض وهو يعيش داخل أسرته يوضح العلاقة في جوها الطبيعي مع أفراد أسرته .

وجهة نظر مدرسة العلاج النفسي الواقعي

ويمثلها وليم جلاسر William Glasser 1987 والدكتور وبولدنج Wubodding ويتبعون في العلاج الاتجاه المعرفي الذي يركز على الجانب العقلي للمعرفة الإكلينيكية وان تكون المقابلة (للعميل) في أماكن مريحة وكأنه في بيئة الطبيعة التي يعيش فيها واكد على ضرورة وضع المزروعات داخل صالة الانتظار للعيادة النفسية وانتظار العميل هناك لفترة لكي يشعر المراجع بالطمأنينة قبل دخول مكتب العلاج . ويؤكد (وبولدنج) على ان العلاج ضروري ان يتم في داخل مكتب خاص بالعلاج وذلك لتقنيات العلاج .

التشخيص السيكولوجي

أن التشخيص محور النجاح في الإجراءات الإكلينيكية التي تلي عملية التشخيص وتعني الكلمة Psychoocliagnosi وهي كلمة إغريقية ، وهي تصور تحديد فهم لمشكلة من المشكلات (ملكية 1985) حيث تشمل على الملاحظة والتصنيف والتحليل الديناميكي ، حيث تتضافر العديد من العوامل يخلق نوعاً من التكامل خلال مسالكه في أنشطة الحياة المختلفة الاجتماعية والنفسية والبيئية وهذا الفهم يتيح للأخصائي الحكم السليم والتشخيص في ميدان تخصصه يمكن قبوله والعمل وفقه الذي يحقق عدة أمور منها التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب، وتقييم درجة الخلل الوظيفي حيث يتمكن من تحديد العوامل المرضية . وتحديد الأسس التي تدور حول المريض وتصنيف البيانات وتحليلها إحصائيا . ومن هنا يتحقق التشخيص الإكلينيكي عندما يصل المعالج إلى نتيجة ذات فائدة . إن التشخيص الذي يتم من خلال المقابلات والفحوص الطبية والعملية والاجتماعية والسجلات التعليمية والمهنية والاختبارات النفسية والمقاييس التشخيصية المتقنة .

حيث يقوم المعالج على تفسير وتقويم جميع أساليب سلوك المريض هي من المهارات الضرورية للأخصائي الإكلينيكي (روتر 1984) .

تطبيقات :

س . ما هو الانفعال المرضي وأسبابه وأنواعه ؟

الانفعال :ـ

الانفعال حالة مركبة للكائن الحي ، وتتصف بصورة عامة بحالة بارزة من الإثارة والمشاعر الشخصية

الانفعال : حالة تنبه داخل الكائن العضوي لها مكونات فسيولوجية [1]

ومعرفية وموقفية ، وتتسم بإحساسات وسلوك تعبيري معين وهي تنزع إلى الظهور فجأة ويصعب التحكم فيها [2]

الانفعال : بأنه ضرب من السلوك من المحل أن يخطئه المشاهد لما ينجم عنه تغير في ملامح الوجه واللفتات والحركات والأعمال الفيسولوجية والتعبيرات اللغوية[3]

الأنواع الرئيسية للانفعالات

هناك اتفاق عام على وجود ثلاثة أنماط رئيسية للانفعالات وهي : الخوف ، الغضب ، والسرور

1 . الخوف :ـ

الخوف أولاً كاستجابة لبعض المثيرات للخوف . فمثلاً قد تكون الاستجابة إحدى استجابات الشك ، التردد ، الفزع ، الرعب أو حتى الاشمئزاز الشديد وتثار

(1) د. أر نوف . ويتج ، مقدمة في علم النفس ن دار ما كجر وهيل للنشر ـ القاهرة ص133. (1971)

(2) د . أحمد محمد عبد الخالق ، أسس علم النفس . 1991، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ص 417

(3) عزت عبد العظيم الطويل ، على عبد السلام ، محاضرات في علم النفس الجامعي الحديث ، محطة الرمل الإسكندرية (1991 ، ص45

هذه الاستجابة بحدوث بعض الأشياء والتي قد توصف بصفات متعددة مثل ، مخيفة محذورة أو مروعة واستجابة الخوف بدورها قد تؤدي الى انتشار سلوك آخر كالهروب أو الهجوم أو الذعر والهلع .

2 . الغضب :ـ

أما رد الفعل الانفعالي للغضب قد يتدرج في التأثير البسيط الى السخط أو الغيظ . وتنشأ ردود الفعل هذه بواسطة المثيرات التي تثير الأشياء أو الإحباط . وفي حالة الانفعالات الأخرى نجد أن ردود الفعل هذه قد تستخدم لاستثارة استجابة أخرى وقد تكون في صورة عداء ، أو عدوان أو نكوص.

3 . السرور :ـ

رد الفعل البسيط للابتهاج إلى الفرحة الغامرة الشديدة وبصورة عامة استجابات السرور تعمم عن طريق وجود مثيرات مفضلة أو يشير إلى اقتراب من هدفه ، ويأخذ التعبير عن السرور صوراً متنوعة كالابتسام والضحك أو المعانقة والتقبيل .[1]

تميز ثلاثة أبعاد للحياة الانفعالية :

أولها : التكرار الانفعالي والتغير : ويتمثل هذا البعد احتفاظ الفرد بنفس المستوى الانفعالي لمدة طويلة أو تقلية فيه

ثانيهما : الاتساع الانفعالي : وهو بعد يحسب سلسلة الأشياء للفترة التي تستدعي ردود فعل انفعالية في الفرد

ثالثهما : الشدة الانفعالية : وهو بعد يتعلق بعمق انفعالي

النضج الانفعالي :

وهو يقاس من بعدي ابتعاد الفرد عن السلوك الانفعالي الخاص بمرحلة الطفولة واقترابه من سلوك الراشدين ويقصد به :ـ

1. القدرة على ضبط النفس في المواقف التي تثير الانفعال

(1) أرنوف ، ويتنج pn . D ، مقدمة في علم النفس ، دار ما كجر وهيل للنشر ، ص134ـ135

2. أن يعبر الفرد عن انفعالات بصورة ناضجة بعيـدة عـن تعبـيرات الطفولـة وإلا تثيره مثيرات طفليه صبيانية.
3. أن يكون قادراً على تأجيل لذاته العاجلة واحتمل آلام ذلك.
4. أن يكون قادراً على معاملة الناس على أساس واقعي لا يتأثر بمشاعره وانفعالاتـه عنهم [1] أن الانفعال يؤثر في الوظـائف النفسـية والجسـمية ، فأنـه أيضـا يتـأثر ، فأسلوب تفكير الشخص ، ومستوى ذكائه مثلا يؤثران في مدى ما يمكن أن يجنـح إليه الشخص من تصرفات جامحة طائشة الاستعدادات العصبية ، أو إثارة بعـض مراكز المخ ، واختلال الإفرازات الهرمونية لإحدى الغدد ، أو نتيجة لتعاطي بعض العقاقير .

وبالرغـم من أن حياة كل شخص لا تخلو من الانفعال هنا أو هنـاك وبـالرغم من أن بعض الانفعالات مفيد وضـروري للإنسـان ، فـأن العجـز عـن التحكـم في الانفعـالات قـد يـؤدي إلى ضـروب متنوعـة مـن الاضطرابـات النفسـية والعقليـة والجسمية

ب) المصاحبات الفيزيولوجية للانفعال

تتميز طـرق القيـاس هنـا بالموضوعيـة الكاملـة لطـرق التسـجيل وبالدرجـة المرتفعة من المهارة الفنية ، كما أنها تعتمد أساسا على العمل ، وتتضمن التجريـب وضبط العوامل .

ومن المؤكد أن الجوانب الجسمية العضوية متضمنة في الانفعـال ولهـا مظـاهر كثيرة ، وقد كشـف الباحثون أن القلب ليس وحده الذي يلحقه التغير ، بـل الجـهاز الدوري والتنفسي وكذلك المثانة .

وتؤكد الفرض القائل بأن الانفعالية Emotionally (شدة الانفعال وسرعته) ترتبط بتهيج الجهاز العصبي اللاإرادي

---

(1) إبراهيم أحمد أبو زيد ، سيكولوجية الذات التوافق ، دار المعرفة الجامعية إسكندرية، 1987، ص164 ـ 165

اللاإرادي يمكن الكشف عنها من سطح الجسم عن طريق المحولات المناسبة والمكبرات ذات القدرة الكبيرة ، أن المخ النشط والعضلات والقلب والغدد اللعابية وغيرها ينتج عنها جهد أو قوة كهربية "فولت"الدرجة بدرجة قليلة ، ويمكن التقاط هذا الفولت عن طريق أقطاب توضع في المكان المناسب من الجلد ، وهذه النبضات الصغيرة تكبر وينتج عنها تسجيلات معروفة .

أن القياسات الفيزيولوجية محصورة حتى الان في المعمل ويترتب على ذلك بالضرورة وجود عنصر في الموقف ، وحيث أنه من غير الممكن أن تحدث انفعالات قوية كالخوف لدى المفحوصين المتطوعين فان التجارب تجري في مواقف مشابهة أي في حالة خوف بسيط أو ضيق وعدم سرور بدرجة منخفضة ، ويتم ذلك باستخدام منبهات حسية غير سارة كالنغمات والخشنة أو بمقارنة مجموعات المفحوصين القلقين بغير القلقين في المواقف الضاغطة ذاتها مثل حل المشكلات ومقارنة تشتت الانتباه .... الخ ويمكن بعد ذلك مقارنة رد الفعل الفيزيولوجي بين المجموعتين " القلقون مقابل غير القلقين ، المعرضون لضغط مقابل غير المعرضين له

ومع التسليم بحدوث التغيرات الفيزيولوجية فكيف يدركها الفرد داخله ؟ من المدهش أن تكشف نتائج البحوث في هذا الصدد أن الناس لا تحكم بدقة كبيرة على حالاتها الداخلية وحتى الأحداث الفيزيولوجية التي تبدو واضحة كالزيادة الكبيرة في معدل ضربات القلب

ج) نظرية شاكتر. سنجر schachter.singer

افترض كل من " شاكتر " أن الانفعالات متشابهة بوجه عام من الناحية الفيزيولوجية ، ولكنها تميل إلى أن يختلف بعضها عن بعض في بعد " الضعف مقابل القوة " والذي يحدده مستوى التنبيه . أن الاسم الذي نلحقه بانفعال ما يعتمد على تقديرنا المعرفي للموقف الذي نوجد فيه ، ويتضمن مثل هذا التقدير التعرف إلى الأحداث الخارجية والطرق التي يبدو أن الآخرين الذين يوجدون في الموقف ذاته يستجيبون بها .

بعض المتعلقات المرضية للانفعال :

أثبتت دراسات عديدة علاقة وثيقة بين الحالات الانفعالية المتطرفة وكثير من الأمراض العضوية ، كما ظهر أن أساليب التكيف لمشكلات الحية وضغوطها ذات علاقة قوية بإصابة الإنسان بأمراض دون غيرها . وعند التعرض لضغوط معينة فأن بعض الناس يمرض ، على حين لا يمرض آخرون ، وظهر أن الفئتين تختلفان في عدد من الخصائص والسمات ، إذ يتميز الأشخاص الذين لا يستجيبون للضغوط بالمرض بالسمات الآتية :

1. اكثر تحكماً في حياتهم
2. يؤمنون أيمانا قوياً بأن الحية لها معنى.
3. مندمجون في مجتمعهم

وقد درس عالم الغدد الصماء " هانز سيلي seyle " ردود أفعال stress . ويرى أن الفرد يمر بمراحل ثلاث تكون جملة التكيف العام General Adaptation syndromeوهي كما يلي

أ) رد الفعل للأخطار : يقوم الفرع السمبثاوي من الجهاز العصبي بإنتاج الطاقة ، وغدتا الكظر بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم ، فيزيد إنتاج الطاقة إلى أقصى لمواجهة الحالة الطارئة ومقارنة الضغوط ، وإذا استمر التوتر انتقل الجسم إلى المرحلة الثانية

ب) المقاومة : يكون جسم الكائن العضوي الذي يقاوم الضغوط في حالة تيقظ تام، ولهذه الحالة ثمنها ، إذ يقل أداء الأجهزة المسئولة عن النمو ، وإصلاح الأنسجة والوقاية من العدوى ، ومن ثم يكون الجسم في حالة إعياء وضعف ، ويتعرض لضغوط أخرى ومنها المرض ، وإذا استمرت هذه الضغوط أو ظهرت غيرها ، انتقل الكائن إلى المرحلة الثالثة

ج) الإعياء : لا تستمر مقاومة الجسم إلى ما لا نهاية ، فتظهر عليه علامات الإعياء تدريجياً فتبطأ أجهزة الجسم وقد تتوقف . وإذا استمرت الضغوط أصبح التكيف لها صعباً ، ويؤدي استمرار التوتر الى المرض الجسمي والنفسي وربما الموت .

نماذج لبعض الأمراض التي تتأثر بالانفعال

إن قائمة الأمراض العضوية التي تتأثر من الانفعال وضغوط الحياة وتغيراتـها لهـي قائمـة طويلـة في الحقيقـة . وهـي تدعـى الاضطرابـات النفسجسـمية psychosomatic وتسمى الآن الاضطرابات النفسفيزيولوجية psychysiological وقد تتدرج شدتها من مجرد الصداع الخفيف الى الشلل المعجز ، ومعتمدة على المنبه الذي أدى إلى الانفعال . وتوجد في هذه الأمراض علاة أعراض جسمية ونضرب لهذه الطائفة بمثالين فقط وهما : قرحة المعدة وأمراض القلب

أ) قرحة المعدة : peptic ulcer القرحة عبارة عن جرح مؤلم في المعدة أو الاثنى عشر . ويفرز مريض القرحة كميات زائدة من حامض الهايدروكلوريك " وظيفته تحويـل الطعام إلى عناصر يسهل هضمها " وتبدأ في تحت الطبقـة المخاطيـة الـتي تحمـى الجدار الداخلي للمعدة أو الاثني عشر ثم يبدأ الحامض في هضم الجدار الداخلي للمعدة ذاتها . وقد أشارت أبحاث كثيرة إلى الدور المهم الذي تقـوم بـه الضغـوط في إفراز كميات زائدة من هذا الحامض . وعندما يتعـرض الأفـراد لمعانـاة شـديدة ومستمرة أثناء الهجرات والضغوط والانفعـالات المتطرفـة تحـدث القرحـة ، فقـد لوحـظ أن ضحايـا القرحـة لديـهم استعداد طبيعـي للاسـتجابة للتوتـر بزيـادة الإفرازات المعدية . وافترض بعض الباحثين كذلك أن الاستعداد الوراثي لإفـراز العصارة المعدية نتيجة للضغـوط، مضافـاً إليـه التوتـر المسـتمر ، همـا العـاملان اللذان يسببان القرحة

ب) أمراض القلب : هناك ـ على الأقل ـ خطان مـن الدراسـات الـتي ربطـت بـين الانفعال و أمراض القلب ، يعتمـد أولهمـا علـى افـتراض أن الضغـوط تسـبب المرض قبل الأوان ، ذلك أن " تشغيل الآلة بأقصى طاقة لها " يمكـن أن تسـبب أمراض الشريان التاجي .

وفي عـام 1974 قـدم طبيبـا القلـب " فريدمـان ، روزنمـان " Rosenman fredman مفهوم سلوك النمـط type A_ dehaviour وهـو نمـط في السـلوك أو الشخصية يتسم بالشعور بإلحـاح عـامل الزمـن وضغطـه ، فأصحابـه في سـباق مـع

الزمن، والمنافسة والنضال الدائم ، والقيادة العنيفة للسيارة ، والاهتمام الزائد بالعمل ، الطموح المرتفع ، والسرعة والتوتر في الحديث ، وارتفاع الصوت ، مع الحالات الانفعالية الداخلية الضاغطة . وقد ظهر أن هذا السلوك مرتبط بمعدلات مرضية مرتفعة ، وحياة مليئة بالضغوط والانفعالات ، مع نشاط زائد للأجهزة الطبية اللاإرادية والغدية (المتصلة بالغدد الصماء).

أما المدخل الثاني وهو المنى النفسجسمي " السيكوسوماتي " فيهبط بين أمراض القلب وضغط الدم المرتفع وانفعالات محددة. كالغضب الذي تم قمعه نتيجة للخوف من الثأر أو الانتقام . وتتجمع الأدلة مشيرة إلى أن الغضب المكظوم أو العدواني عنصران مهمان في كل من السرطان وأمراض القلب.

المصادر

1- أبو زيد ، أحمد ، إبراهيم . سيكولوجية الذات والتوافق ، دار المعرفة الجامعة ، إسكندرية 1987 .

2- وينتج ، أر نوف ن مقدمة في علم النفس دار كجر وهيل للنشر .1971

3- عبد العظيم الطويل ، عزت على عبد السلام . 1991 محاضرات في علم النفس العام . المكتب الجامعي الحديث ، محطة الرمل الإسكندرية .

4- عبد الخالق ، أحمد محمد .1991 أسس علم النفس ، دار المعرفة الجامعية . 81 الإسكندرية

الفصل الخامس

التشخيص للأمراض النفسية في المقابلة الإكلينيكية

الفصل الخامس

التشخيص للأمراض النفسية في المقابلة الإكلينيكية

يعتمد التشخيص بصفة رئيسية على أساليب معروفة من الأعراض الذاتية التي يتطوع بها المريض أثناء المقابلات الإكلينيكية وباستثناء الأمراض العضوية النفسية حيث لا يوجد علامات موضوعية للمرض مثل الخلل الذي يخرج عن طريق المعمل او عن طريق الأشعة التي تؤكد التشخيص في هذا المعنى الطب النفسي يختلف عن الفروع الأخرى للطب حيث أصبح ممكناً تبويب الأمراض وتصنيفها مثل عامل العدوى أو الخلل البيوكيميائي أو خللاً في التركيب . أن أعراض الخلل العقلي تنطوي على خلل في السلوك والتصرف والفهم والتفكير والوظيفة العقلية وبعض أنواع الخلل هذه تؤدي إلى أن يصبح المرض خطراً على الإنسان نفسه أو الآخرين ، وهذا ما جاء في الصحة العقلية في القانون الأمريكي والتي تعطي السلطة للأطباء لمعالجة المرضى رغماً عن إرادتهم في حالات غير اعتيادية .

على أية حال أن الغالبية العظمى من مرضى الاضطرابات النفسية أو الخلل النفسي يتم السيطرة عليها بطريقة الممارسة العامة بالجراحة أو في عيادات المستشفيات للمرضى غير المقيمين بطريقة تشبه تلك المستخدمة مع المرضى ذوي الحالات الطبية الأخرى من عام 1985 كما أظهرت دراسة ان 7 % فقط من أولئك كانوا بحاجة إلى معالجة في داخل المستشفى وادخلوا المستشفى في إنجلترا بموجب قانون الصحة العقلية .

لقد انخفض عدد المرضى المقيمين في المستشفيات النفسية انخفاضاً حاداً في العقدين الأخرين بشكل جزئي وذلك لتحسن طرق العلاج ، ولكن كان هذا أيضا نتيجة لسياسة الدولة لمعالجة المرضى داخل المجتمع والاهتمام بهم وتفادي إدخالهم

المستشفى حيث ما يكون ذلك ممكناً والمرضى الذين يحتاجون إلى بقاء طويل نقلوا من المستشفى إلى تسهيلات في المجتمع مثل بيوت الضيافة أو بيوت جماعته أو مصحات ترفيهية ، رغم أن تطور هذه التسهيلات لم تكن بنفس المستوى من الخطط لفعل المستشفيات ، والنتيجة أن المعالجين النفسانيين والأطباء النفسين يمضون وقتاً اكبر من العمل في المجتمع ولديهم الفرص للعمل عن قرب مع زملائهم في أماكن الممارسة العامة وأماكن التخصص في المستشفى .

الحالات العامة .

يهتم علم النفس الإكلينيكي إضافة إلى ما جاء أعلاه بمبحث الأمراض الوبائية بدراسة المرضى وعلاقته بمجموع السكان الذي يحدث فيه هذا المرض وعلى الأخص تغيره بين المجموعات الفرعية وعلاقته بالعوامل البيئية وتعطي النسب وتقدير مدى شيوع مرض معين من مجموعة سكانية هذه النسب يمكن التعبير عنها في وقت معين أو في مدة معينة وتعليقاً على دراسة مجموعة أمريكية كبيرة لمدة شهر واحد ومدى الحياة حيث توضح أرقام الخلل النفسي والاضطرابات النفسية .

وهذه الأرقام تمثل بلدان غربية أخرى إضافة إلى أمريكا مثل بريطانيا خاصة وجاءت الدراسة على مجموعات مختلفة فظهر ان نسب المرضى النفسيين لمجموعات مختلفة وبنسب مئوية

1- داخل المجتمع 15-20 %

2- من المترددين على العيادات الخاصة 30 %

3- من المرضى الخارجيين من المستشفى العام من 20-30 %

4- من المقيمين في المستشفى العام من 25-40 %

ويمكن ان يتوقع المعالج الإكلينيكي العادي بأن يستشار من قبل 1 من 7 من مرضاه بسبب خلل نفسي خلال سنة واحدة وان مستوى المرض المعالج بالعناية المبدئية يختلف عن ذلك المعالج من قبل الأطباء النفسيين في العيادات التي يتردد عليها المرضى كمرضى خارجيين غير مقيمين ويرى الممارسون العامون نسبة كبيرة من المرضى بأمراض عصبية وعدد قليل نسبياً بأمراض نفسيه ، ان مرضاهم اقل مده

من المرضى من أولئك الذين يترددون على طبيب نفسي ،ويوجد تغير ملحوظ من الممارسين العامين في قدراتهم للتحديد والتعرف على المرض النفسي ، ومن الممكن أن تسقط حالات خاصة إذا كان المرض متعلق بمرض جسمي او يظهر مع شكوى عضوية .

أن الاضطراب أو الخلل النفسي اكثر شيوعاً في المناطق داخل المدن منه في المجتمعات الريفية وبين النساء اكثر منه بين الرجال رغم ان التوزيع الجنسي يصبح اكثر حتى وان كان الخلل في الشخصية كما أن إساءة استعمل الكحول يؤخذ في الاعتبار .

تشخيص الأمراض النفسية وتبويبها - الفحص والتشخيص السريري

أن الأمراض النفسية تصنف تقليدياً إلى مجموعتين رئيسية

1- العضوية

2 -الوظيفية .

ومن خلال الأمراض العضوية يمكن أن تنشأ الاضطرابات الجسمية المعروفة الناجمة عن مرض في الدماغ أو خلل في العقل مثل تناول السموم كما في حالات عدم التمييز الحادة .أو الأمراض الوظيفية والتي تكون الغالبية العظمى من الأمراض النفسية التي لا تظهر عوامل جسمية، هذا الاختلاف ما زال مفيداً في الممارسة الإكلينيكية رغم أن أسسها النظرية بدأت تضعف كدليل يتجمع لإظهار وجود اضطراب من الناقل العصبي في انفصام الشخصية والأمراض المؤثرة المبوبه كاضطرابات نفسيه. الاختلاف التقليدي الآخر بين الخلل الوظيفي والخلل النفسي والعصبي يعتمد على وجود أعراض نفسيه معينه .وهذه الاعتقادات الغير عاديه (توهم المرضى) والمفاهيم الغير عادية (التخيلات) الى اضطرابات في أنماط التفكير، والأعراض النفسية بالمقابل هي بصفة رئيسية مبالغات عاطفية كالتوتر والاكتئاب التي يعاني منها الكثير ، وان الأمراض النفسية ذات علاقة بفقدان البصيرة في حين مرضى الخلل النفسي يعتبرون لديهم بصيرة في حالتهم ، وبالرغم من صحة التعميم يوجد استثناءات ، فكثير من المرضى النفسانيين لديهم كثير من

الفهم أثناء مرضهم في حين بعض المرضى النفسانيين يفتقدون بدرجة كبيرة إلى الفهم . وتختلف البصيرة من وقت إلى آخر ووجودها علامة ليس ظاهرة .

ان فائدة التصنيف النفسي العصبي ما زال محل الحوار من قبل أطباء النفس وقد تم توسيع كلمة (عصب) من قبل الجمعية الأمريكية للتصنيف النفسي ، ولكنها ما زالت مستعمله في العمل الإكلينيكي وستبقى كذلك .

ان التبويب الذي يتناسب جيداً مع التطبيق الإكلينيكي يشتمل على الأسلوب الذي يعطي فيه أهمية كبيرة لبعض الأعراض وعليه يقلمون على غيرهم .. ولذا فان وجود نقص الفهم المحدد يبرر تشخيص الخلل العضوي بغض النظر عن وجود أي أعراض أخرى، ويلي في الهرم ، الفصام للشخصية ، والتي تؤخذ أعراضها إجراءات تشخيصية في حالات أقل انخفاضاً في الهرم ، والتي تسمى الخلل المؤثر ، الخلل العصبي (غير النفسي) والخلل في الشخصية آخر ، وعليه فإذا كان المريض لديه انفصام الشخصية يتم بعد التشخيص ، كما أن ما يقابل ذلك في انفصام الشخصية هو حالات أخرى كإدمان الكحول ، والاعتماد على المخدرات يقلل في الأكل وهذه يتم قبولها بشكل آخر غير منفصل عن فصام الشخصية

العوامل الايستمولوجية : ان أسباب أغلب الخلل النفسي غير معروفه بعد ، كما أن المعلومات المعرفية مهمة حيث أنه في أغلب الأحيان تكون الأسباب ذات عوامل متعددة ويجب أن تعتبر العوامل الايستمولوجية على إن لها تأثير كبير ومبيِّت أو داعم .

العوامل الجينيه :

توجد تأثيرات في العديد من الأمراض النفسية من العوامل الجينية بما في ذلك انفصام الشخصية ومرض الكآبة واشتق الدليل من الملاحظات العديدة ، وقد اتضح ظهور كثير من الأمراض بين الأقارب من الدرجة الأولى منه في المجموعة السكانية العامة . وقد كانت النسبة الأعلى في الولادات المتعددة منها في الولادات الثنائية ، وخاصة عند الأطفال ذوي الأباء المرضى عقلياً نسبة اكبر عند أولئك الذين

تربوا مع آباء بالتبني. أن بعض الأمراض النفسية هي نتيجة انتقال جين واحد، كما أن الأسباب الغير شائعة للتأخر الدراسي لا زال البعض منها غير معروف لحد الآن.

الخلفية العائلية :

كثيراً من المرض بخلل نفسي يتحدثون عن تاريخ نفسي في الطفولة ويبدو محتملاً بأن التربية الغير صحيحة تعمق المرض الفعلي في المستقبل .. إضافة إلى العوامل الأخرى مثل فقدان الوالدين في الطفولة أما نتيجة المرض لدى الانفصال ، أو عدم الانسجام بين الأبويين والممارسات الجنسية الجسمية غير المشروعة خاصة وتؤثر البيئية العائلية سلباً على سير المرض في حالة الاهتمام المفرط أو التعبير بالأسلوب الناقد العدواني تجاه المريض .

المرض الجسمي :

ان المرض الجسمي المزمن يعمق المرض النفسي . وتوجد علاقة وطيدة بين الجرح العقلي وانفصام الشخصية ومرض الكآبة أن المرض الجسمي الحاد يمكن أن يزيد في ارتفاع المرض النفسي أما نتيجة لتأثيرها على التركيب الدماغي او الفسيولوجي أو العاطفي واستخداماتها لصالح مستقبل المريض .

أحداث الحياة الكريهة :

يمكن أن تؤثر الحية الكريهة في مراحل المرض عند الناس القابلين للإصابة ، حيث ان هذه الأحداث غالباً ما تنطوي على معنى الفقدان وتشمل موت أحد الأقارب المقربين وتحطم حية عائليه التكرارية، التقاعد بسبب الأزمات الكبيرة وخاصة المالية.

شبكة العمل الاجتماعي :

كثير من المرضى النفسيين معزولون اجتماعياً أو مفصولون عن واقع المجتمع اجتماعياً وذلك بسبب النقص الكبير في المتخصصين أو انعدام العاملين ممن يمكنهم من التفاعل معهم اجتماعياً أيضاً وهذا عامل مساهم في مرضهم والمهم بصفة خاصة هو فقدان العلاقة الوثيقة المعتمدة على الثقة .

المقابلة الإكلينيكية التشخيصيه العامة :

عند إجراء المقابلة يتوجب على الذين يقومون بالمقابلة ان يسمحوا للمرضى بوصف مشاكلهم بكلماتهم ولكن يجب على المعالج أن يدير ويوجه مسار المقابلة بتدخلات مناسبة ، وإذا كان بالإمكان أن يسأل راي أي شخص لديه معلومات والذي يجب أن يقابله منفصلاً وان يتذكر أن أهم أهداف المقابلة الإكلينيكية هي في:

- في تكوين علاقة مع المريض .
- التعرف على الأعراض وتاريخ الحالة .
- فحص الحالة النفسية والعقلية
- تسهيل الاستجابة للمريض بالترويح وإظهار الأعراض والمشاكل ذات العلاقة

فحص الحالة العقلية :

عند تسجيل تاريخ الحالة ستظهر العديد من مظاهر الحالة العقلية الحالية وعلية من الضروري دائماً الاستمرار في استقصاء الأعراض الآنية ، ويجب أن يكون تتابع الأسئلة مرناً معتمداً على مظاهر الحالة العقلية التي تتضح من خلال المقابلة اكثر وتبدو ذات أهمية .

المظهر العام والسلوك :

يجب وصف مظهر المريض بدقه ، وكذلك الملبس والنظام العام ، هل توجد علاقة طبيعية مع الفاحص وهل هناك تحاشي بصري من العين او سلوك من عدم التعاون ؟ مثلا إنها يقظة أو غير عادية او هل يوجد عدم ارتياح أو عدم استقرار أو تخلف ؟ وهل يقوم المريض بمعاينة حجرة المقابلة باستمرار ؟ الخ .....

الموضوعات التي يتم تغطيتها أثناء المقابلة الإكلينيكية :

ومن هذه الموضوعات :

- سبب المجيء
- لماذا أتى المريض ... ومع من
- الشكوى الحالية

- ان يسأل المريض لوصف الأعراض التي من اجلها جاء للمساعدة ويكون ذلك باختصار عن تاريخ المرض والمرض الحالي
- ثم يسأل المريض فيما بعد لوصف الحالة المرضية من لحظة ملاحظة الأعراض. الذي تجري فيه المقابلة في حاجة لتوجيه أسئلة مباشرة لتحديد طبيعة ومدة الأعراض والعوامل المتعلقة بهم.

تاريخ العائلة:

عن الأحداث البارزة في الطفولة المدرسية، التعليم العالي التاريخ الوظيفي التطورات الجنسية، والعلاقات الزواج، الأطفال، المشاكل والظروف الاجتماعية الحالية

التاريخ الطبي والنفسي السابق:

وهي الأسئلة عن الحالة الصحية في السابق، الحوادث، والعمليات، استعمال الكحول والتبغ والمخدرات، وربما يحتاج إلى الأسئلة المباشرة فيما يخص التاريخ النفسي السابق حيث لم يكن ذلك تطوعاً مثلاً (هل سبق أن عولجت من الكآبة أو العصبية أو هل سبق ان عانيت من انهيار عصبي.

الشخصية في السابق:

ونشير هنا إلى أنماط السلوك الشخصي والتفكير والذي يحدد تأقلم الشخص مع البيئة بما في ذلك المواقف القيم الأخلاقية، الرغبات، نوعية العلاقات مع الآخرين وردود الفعل للكروب. أن مكونات الشخصية تنمو في المراهقة وتستقر فيما بعد طوال الحياة ويجب تقيمها منفصلة عن أعراض الأمراض النفسية. أن بعض أنماط الشخصية تكون مؤهبة للمرض وشخصية الفرد تؤثر في طبيعة الأعراض وتطوره النفسي، إن تطور المرض النفسي وردة الفعل العاطفية تحصل إذا حدث مرض جسمي، وتوجد عدة استبيانات لتحليل الشخصية والمعروف منها في بريطانيا هو اختيار (ايزنك) للشخصية العصابيه والنفسية. حيث يمكننا من اجل الأغراض الإكلينيكية يمكن الحصول على احسن المعلومات وأكثرها فائدة من خلال وصف الشخصية من قبل واحد أو اثنين من المخبرين الذين يعتمد عليهم والذين يعرفون المريض جيداً أو لسنوات عديدة.

أوجه الحالة العقلية التي يجب فحصها :

- المظهر الخارجي
- الكلام
- المزاج
- محتوى الفكر
- اعتقادات غير عادية
- مفاهيم غير عادية
- وظيفة الفهم

الكلام :

ملاحظة السرعة ، الطلاقة في الكلام وهل يوجد تأخر في الكلام أو صعوبة العثور على الكلمات ؟ هل يتكلم المريض بسرعة فائقة حتى يبدو بان الكلام يولد تحت ضغط ومن الصعب المقاطعة ؟ هل يوجد تغيرات سريعة في موضوع الحديث ؟ هل يوجد صعوبة في متابعة سلسلة أفكار المريض ؟ .

المزاج :

ملاحظة هل يبدو المريض متوتر كئيب ، يشعر بالمرارة ؟ ويمكن الحكم على هذا من تعابير الوجه ، الأسلوب ، طريقه النظر وحركات أخرى، يمكن الحصول على المزاج الشخصي عن طريق توجيه أسئلة لوصف المعنويات الحالية . بعض المرضى يجدون صعوبة في وصف مزاجهم فيما يخص المزاج أو الكآبة من ضمن هذا الأسئلة التي تؤدي إلى مزاجهم مثل فيما إذا فقدوا القدرة على إمتاع أنفسهم وفي أولئك الذين من حولهم ويجب أن يسألوا عن فكرة الانتحار مثلاً . هل شعرت مسبقاً بأن الحياة لا تستحق أن نحياها والمرضى الذين يجيبون بالإيجاب يجب أن يسألوا فيما إذا كان لديهم أفكاراً للانتحار وخطط نشطه لوضع حد لحياتهم .

يجب أن يسأل الذين يشعرون بالمرارة من شعورهم عن الصالح العام . أن المرضى المهووسين يمكن أن يشعروا بالضيق من المستجوب الذي لا يشاركهم وجهات نظرهم .

محتوى التفكير :

ملاحظة قدرة المريض على التركيز ومعنوية التفكير السليم من عدمه وبالتالي درجة ترتيب التفكير من حيث الفهم الشامل للتحليل .

معتقدات غير عاديه :

وهو ملاحظة درجة العقيدة الدينية التي يتبناها المريض أو ينتمي إليها وقد تكون من العقائد الهدامة للمجتمع والتي غالباً ما تتخذ شكلاً هجومياً عند المريض من البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ، غالباً ما تتداخل الاعتقادات غير العادية مع المفاهيم غير العادية التي تتكون لدى الشخص المريض .

مفاهيم غير عاديه :

وهي غالباً ما تكون اقرب إلى الهلاوس أو الهلوسة وتحصل في غياب المفاهيم الرقابية والتي تحدث في غياب المحرك الخارجي. ويمكن أن تحدث في أي قالب رقابي أو من الضروري تأسيس فيما إذا كان المريض يفهم الشعور المنبعث من عقله أو من العالم الخارجي ، ومن المهم أيضا تأسيس درجة البصيره في التجربة .إذ أن الهلوسة التي تظهر من داخل عقل المريض والتي يعرف جذورها . (بالهلوسة الوهمية) .

ولا يخفى على الدارس أن الهلوسة السمعيه من ميزات انفصام الشخصية ، والمؤثرات النفسية. أما الهلوسة البصرية والشمية والذوقية واللمسية ، فهذه تشير إلى خلل عقلي عضوي ......

الوظيفة الفهمية الفهم :

تحتاج القدرات الفكرية إلى التقييم ، خاصة بالنسبة إلى إمكانية الإعاقة العقلية ، يمكن الوصول إلى ذلك من خلال تاريخ المريض التعليمي ويمكن تقيمه أيضاً من خلال المقابلة ومن خلال طلاقة المريض الألفاظ / وفهم الأسئلة للذي يقوم بالمقابلة ويجب أيضاً ملاحظة محتوى الوعي . هل يبقى المريض يقظاً أثناء المقابلة . أو هل يوجد ميل إلى الانتقال وفقدان القدرة على التركيز على ما يسأل عنه ؟ يمكن تقييم التركيز بدقه اكثر من خلال سؤال المريض بتأدية عمل تكراري مثل إنقاص 7 من 100 على التوالي أو إعادة شهور السنة نزولاً . يجب تقييم الذاكرة تحت عناوين كثيرة . استذكار حوادث قريبه وبعيله يمكن تحديدها عن طريق قدرة المريض في وصف جزئيات وتفاصيل تاريخه الشخصي التي ترجع إلى الطفولة ومن المهم أيضاً تحديد القدرة على تذكر الأحداث التي حدثت خلال الأيام والأسابيع الماضية . يمكن

أن يحدد التسجيل عند تقديم معلومات جديدة مبسطة مثل : الاسم ، العنوان ثم سؤاله بإعادة ذلك في الحال . ثم يتم فحص القدرة على التذكر بسؤال المريض بإعادة المعلومات بعد خمس دقائق ، أثناء الوقت الذي يكون المريض فيه مشغولاً بعمل آخر ، وتقيم الذاكرة أيضاً عن طريق فحص الاتجاه ، هل يعرف المريض المكان بالضبط ؟ وأي يوم وأي تاريخ ، الشهر والسنة (اتجاه الوقت) الاتجاه لدى الشخص يشير إلى قدرة المريض على وصف التفاصيل الهوية الشخصية ، بمعنى الاسم وتاريخ الميلاد والحالة الاجتماعية والعنوان وتفاصيل مهمة أخري . أن فقدان الاتجاه الشخصي لا يحدث عادة في خلل العقل العضوي ولكن علامة نسيان سيكوجيني . يجب ان يسأل المريض لوصف شئون أخرى وهذا يعطي مؤشراً على الذكاء العام والاهتمام بالحوادث الخارجية .

ومن المفيد تسجيل فهم المرضى لمشاكلهم وبالأخص فيما ينظرون لأنفسهم على انهم مرضى أولاً . وأخيراً يجب على الأطباء ملاحظة إجاباتهم للمرض هل يشعرون بتعاطف أو بدفء اتجاه المريض أو كانوا يشعرون بالتضايق والخوف والغضب .

الفحص والتشخيص السريري

استخدامات المقابلة الشخصية وفنيات إجرائها ....

تعد المقابلة أداة بارزه من أدوات البحث العلمي الإكلينيكي وفي غيره من العلوم وتبرز أهميتها في هذا المجال لأنها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجال التشخيص والعلاج وعليه فإن العلماء يميزون بين نوعين من المقابلة تلك التي تجري بهدف التشخيص وتقييم الشخصية وتلك التي تستخدم في مجال الخدمات العلاجية والإشارية فالمقابلة سواء كان الهدف منها تغيير الشخصية وعلاجها أو الوصول إلى بعض المحكات التشخيصيه تحتاج إلى الخبرة والتدريب بالإضافة إلى الإلمام بالفنيات الرئيسية التي تساعد على حسن إجرائها وتحقيق الأهداف منها .... وبالرغم من اختلاف تعريفات المقابلة لكنها بوجه عام عبارة عن موقف اتصال لفظي (محادثة بين اثنين أو أكثر بهدف الوصول إلى معلومات

من أحد الطرفين (الحالة أو المريض) أو التعديل في جوانب معينه من سلوكه وبهذا يعد تعريف : Bing and moore 1924 من أفضل التعريفات وأقصرهـا. يذكـر أن المقابلة : " هي محادثة موجهه لغرض محدد غير الإشباع التي تحدده المحادثة نفسها"

شروط المقابلة ....

المقابلة كأي أداة تشخيصية أخرى تكون جيدة إذا ما توافرتها شـرطان الثبـات والصدق ....

ويشير هذان المفهومان إلى جوانب منها حصولنا على معلومات صحيحة عـن الموضوعات التي أجرينا من أجلها المقابلـة ومنـها القـدرة علـى التنبـؤ بالسـلوك في المستقبل ، ومنها دقة الأداء، ومنها تشابه المعلومات التي حصـل عليـها مـن شـخص واحد حتى إذا أختلف القائمون بالمقابلة، فالصدق يسير ببساطة قدرة الإدارة (المقابلة) على قياس ما وقعت لقياسه وبهذا تكون الإدارة صادقة إذا أعطينا معلومـات تتفـق مع نفس المعلومات التي حصلنا عليها من مصدر آخر ومحل خارجي دقيق

أما الثبات فيقصد به : اتساق الإدارة معنى ذلك : تكون المقابلة ثابتة إذا أتفق شخصـان يقومان بـإجراء المقابلـة مـع نفـس الشـخص في أوقـات مختلفـة اتفقـا في المعلومات التي يحصلان عليها من نفس هذا الشخص .

معنى هذا أن ثبات المقابلة يستخلص عن طريق الارتباط بين أحكام اثنـين أو أكثر ممن قاموا بالمقابلة لنفس الشخص علماً بأن الثبات يرتفع أو ينخفض لحسـب شروط كثيرة وهناك عوامل تؤدي إلى ارتفاع الثبات منها :ـ

1- عندما يكون المطلب هو الحكم على فئات واسعة من السـلوك فـإذا طلبنـا مـن المعانين على وجود عصاب أو ذهان ترتفـع الثبـات وينخفـض إذا طلبنـا منـهم تحديد مدى خطورة المريض على نفسه .

2- يزداد الثبات إذا زاد تدريب المحكمين وممارستهم الإكلينيكية وسنوات الخبرة .

3- يزداد الاتفاق عندما يزداد التشابه النظري بين المحكمين فالاتفاق بين اثنين يميلان إلى التحليل النفسي يرتفع عما إذا كان أحدهمـا يؤمـن بنظريـة معينـة والآخـر يؤمن بنظرية أخرى .

4- يرتفع الثبات إذا كان من المطلوب الحكم على جوانب مفصلة من الشخصية وليس الوصول إلى محكمات تشخيصية قصيرة وقاطعة .

مشكلة الصدق هي أكثر تعقيداً من مشكلة الثبات وتكون المقابلة صادقة إذا كانت المعلومات المحصلة فمنها تنطبق على المريض وترتبط بنفس المعلومات التي حصلنا عليها من المريض بوسائل أخرى مثل الملاحظة والاختبارات النفسية الأخرى، والإرشادات . فقد أثبتت إحدى الدراسات أن صدق المقابلة يتوقف على شروط متعددة منها :ـ

طبيعة المرض ، الهدف من المقابلة ، شكل المقابلة ، والمعلومات التي تهدف إلى الوصول إليها ، ومهارة القائمين بالمقابلة ، ومدى تدريبهم .

قلق موقعي يأتي من الخارج

قلق عصابي من الداخل نتيجة لوجود من الداخل نتيجة لوجود من اللاشعور : يؤثر على الوظائف العقلية ويمكن أن ندرج فعاليات التشخيص في المقابلة الفنية بالنقاط الهامة ومنها :ـ

1- تحديد زمن المقابلة ومكانها.

2- العلاقة بين المختص والعميل صاحب الحالة.

3- تسجيل المعلومات ويفضل استخدام أجهزة التسجيل السمعي والصوري.

4- تحديد زمن لهذه المقابلة .

إلا أن (د. عطيه هنا) 1976) يرى أن المبادئ العامة للمقابلة تتركز في رأي هيدلي Hodley للمقابلة والتي تتضمن :

1- الهدف من المقابلة وتحضير الأسئلة والالتزام بها من قبل المختص.

2- المشاركة الفعالة من المختص وبين المريض .

3- الانتقل بسرعة من موضوع إلى آخر أثناء المقابلة .

4- الصراحة في توجيه الاسئله للعميل .

5- مواجهة المواقف الانفعالية الشديدة بطريقة هادئه.

6- مساعدة المريض (العميل) على التعبير عن افكاره عند صمته .

7- الاجابة على كل ما يسأل عنه المريض .

8- عدم الاستهزاء او التحدي أو التكذيب من قبل المختص للمريض .

أنواع المقابلة :

أولا .. المقابلة التشخيصية :

الغرض منها فحص طبي للمرض نفسي للمريض من خلالها يمكن وضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة فتركز هذه المقابلة على تحديد الأغراض المرضية بحيث يتم التوصل من خلالها على أهم المشاكل والإضطرابات لدى الحالة ومتى ظهرت وكيف تطورت ويحتاج إجراءها الى ضرورة الحصول على معلومات من المريض وتتضمن

1- التاريخ السابق للمرض : كيف تطورت أعراضه المرضية ولماذا وصلت الى ما هي عليه .

2- فحص عمليات التفكير : أي فحص قدرة المريض على التعامل مع المفاهيم المجرده وقدرة على إستخدام اللغة والقدرة على حل المشكلات المعقده ، والتذكر القريب والبعيد .

3- إضطرابات الإدراك : كالهلاوس والخداعات البصرية والجمود الإدراكي

4- الانتباه والوعي : أي مدى ما عليه من تشتت أو اضطراب في الإدراك للمكان والزمان أو قدرته على الانتباه لفترة معينه والتركيز .

5- الإستبصار بالمرض ومفهوم المريض عن ذاته : أي قدرة المريض على إدراك الأسباب التي أدت إلى مرضه ونظرته إلى نفسه ما إذا كانت مشوهة .

6- المظهر والسلوك ، تعبيرات الوجه والملبس أو أية لوازم حركية أو حسية بارزه وطريقته في التعبير على نفسه .

ويحصل الأخصائي على هذه المعلومات من مصادر مختلفة منها الملاحظة الأسئلة الموجهة ، الاختبارات النفسية والعقلية ......

ثانيا ... المقابلة التي تجرى لأجل الالتحاق بمؤسسة للعلاج :

وتكون عاده قصيرة وتهدف إلى تحديد حالة المريض بصفة مبدئية وإمكانية قبوله أو التحاق بالعلاج ويجب أن تركز على رغبات المريض ودوافعه للعلاج وكذلك يجب من خالها توعية المريض بالخدمات التي تقدمها المؤسسة ومدى ملاءمتها لتوقعات المريض وأهدافه .

ثالثا ... المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه :

من الضروري القيام بمقابلة أقرباء المريض وأصدقائه للحصول على معلومات أدق وأكثر تفصيلاً عن حياة المريض وسلوكه وتطور أعراضه .

رابعا ... مقابلة الفرد أو التشخيص المبدئي :

وترمي إلى انتقاء الأفراد الصالحين للقيام بمهنة معينه أو أداء واجب معين وكذلك عزل الأفراد غير الصالحين لهذا العمل وتتضمن هذه المقابلة تصنيف الأفراد بحسب درجات مرضهم النفسي وحالاتهم النفسية أو نواحي العجز أو التخلف العقلي والاضطراب السلوكي .

خامسا ... المقابلة التي تجري بهدف التمهيد للعلاج النفسي :

ومهمتها هدف توجيهي لإعداد الحالة لتقبل العلاج النفسي أو الطب النفسي وتهدف إلى تعديل الاتجاهات الخاطئة لدى المريض سواء كانت نحو الآخرين أو نحو المعالجين وذلك لزيادة ثقة المريض بالمعالج وكذلك تعمل على زيادة دافعية المريض للعلاج ....

سادسا .. المقابلة التي تجري مع الحالة قبل تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية :

وهي فيما يرى جونسون 1981 م . تهدف إلى إعطاء الأخصائي النفسي معلومات تساعده على اختيار بطارية الاختبارات التي سيستخدمها فإذا لاحظ الأخصائي خلال هذه المقابلة إن أعراض المريض قد تكون بسبب بعض العوامل العضوية فإنه سيختار مقاييس تساعده على التمييز بين الاضطرابات ذات المصدر العضوي ، وإذ لاحظ أن المشكلات ذات مصدر متعلق بالدراسة فقد يرى ضرورة

استخدام مقاييس لتحديد نسبه الذكاء لتقييم دور التخلف العقلي للمشكلة التي يواجهها المريض ، وتساعد هذه المقابلة كذلك على حسن التعامل مع المريض خلال إجراء الاختبارات لما يحصل عليه الأخصائي من معلومات خاصة بدوافع مريضه أو مخالفة من موقف التطبيق وتعمل على تلافي المشكلات ومعالجة الشكوك التي قد تتملك المريض من جراء أفكاره الخاطئة أو مخاوفه من الاختبارات

مراحل المقابلة والإعداد لها ....

من الأفضل النظر إلى المقابلة بصفتها عملية اتصال كأي عملية اتصال أخرى تتكون من بداية ووسط وخاتمة ولكي يكون الاتصال ناجحاً وموجهاً نحو تحقيق الأهداف المطلوبة منه .... يجب أن تتوافر في كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث شروط يمكن إجمالها في الآتي :

1- البداية ....

يعرف الأخصائي المتمرس أن المقابلة تبدأ ببدء تحديد الموعد بينه وبين الحالة ويمكن له أن يعرف كثيراً من المعلومات عن الشخص من خلال الاتصال المبدئي بالهاتف أو من خلال ما يكتبه عامل الاستقبال ولهذا يجب تدريب القائمين بعملية الاستقبال المبدئي على ملاحظة سلوك المريض في غرفة الانتظار وأن يقوموا بتسجيل ملاحظاتهم بحيث تعطي صورة عن كيفية وصف المريض للمقابلة القادمة وكيف يتعامل مع موظفي العيادة أو المستشفى أو كيف يتصرف نحو أقاربه المصاحبين له فضلاً عن مظهره وطريقة ملبسة ولا شك أن مثل هذه المعلومات تساعد الأخصائي في تكوين إستبصارات وانطباعات والتي يمكن توقعها عن مريضه مما يهيء جو المقابلة منذ البداية بنجاح ، وتعد المناقشات التي يجريها الأخصائي أو الشخص القائم بالمقابلة مع القائمين بإحالة المريض للفحص ذات فائدة كبيرة مما يتيحه من فرصة لمعرفة الظروف العامة المحيطة بالمريض واتجاهاته ولذلك يفضل تسجيل أية معلومات مهما كانت ضآلتها تسجيلاً دقيقاً يساعد على تحديد أو بلورة بعض الفروض الأساسية عن المريض وبعض التوقعات عن سلوكه ......

الفروض : عبارة عن أجوبه مؤقتة تحتاج إلى إثبات أو برهان .....

الأسباب المحتملة التي أدت إلى إثبات المشكلة ....

ويرى جونسون 1981 م أن الملاحظات الأولى لسلوك المريض من قبل الأخصائي تشكل عملية رئيسية في بناء بداية المقابلة ولهذا ينصح بأن تبدأ عملية المقابلة ببداية أول احتكاك بصري بالمريض لكي يلاحظ الأخصائي كيف يجلس المريض وكيف يستجيب لتحيته وهل يتبادل النظر معه أو يتجنب ذلك ومن المهم أيضاً أن نلاحظ تعبيرات وجهة ونبرات صوته وحدته أو انخفاضه ومدى اهتمامه وعنايته بمظهره وحديثه .....

ويحذر العلماء في هذه المرحلة من تجاهل المريض والاهتمام بالمصاحبين له لهذا يفضل بتحية المريض قبل الآخرين وأن نطلب منه بتقديم أقاربه لأن الإكلينيكي الجيد هو الذي يضع مصلحة المريض فوق كل شيء كما يجب أن تبدأ المقابلة في الوقت المحدد لها لا قبل ولا بعد لأن تغيير الوقت قد يفسره بعض المرضى بأنه مبالغ فيه خاصة إذا سبقت المقابلة موعدها أما إذا تأخرت فقد يدركها البعض على أنها علامة على النفور منه أو الفتور ، كما يلفت العلماء الانتباه إلى الحجرة التي يتم فيها اللقاء الأول بحيث تكون هادئة ومريحة وتخلو من المشتقات وأن يكون أثاثها مساعداً على الاسترخاء .

2- الجزء الأوسط من المقابلة ....

يتوقع الكثير من المرضى بعض التوجيه من الأخصائي القائم بالمقابلة في بداية اللقاء وهذا شيء طبيعي ومقبول خاصة وأن المريض يكون غارقاً في مشكلاته لذلك من الأفضل أن يقوم الممارس بفتح باب الحوار أمام المريض لكي يسترسل في شرح ظروفه ومتاعبه وذلك بسؤال المريض بالسؤال التالي :

مما جعله يفكر في الحضور : ما هو السبب في قدومك ؟

أو أن يبدأ الممارس بإعطاء المريض فكرة عن أنه يعرف عنه بعض الشيء وأنه مهتم به ومن بعد ذلك يترك المريض أن يتحدث وأن يتم الحوادث بشكل طبيعي لكي يستطيع أن يجمع المعلومات عن مريضه .

ـ الأخطاء الشائعة في المراحل الوسطى من المقابلة :

أظهرت البحوث أن الأخطاء التي يرتكبها الممـارس في هـذه المرحلـه تشـمل كثيراً من الجوانب منها :ـ

1- الإسراف في الحديث وكثرة الكلام : فالممارس الجيد هو من يقلل كلامه ويختصر من أسئلته ولا يكثر من مقاطعة مريضه .

2- خطأ محاولة العلاج أو تقديم في المساعدة المقابلة الأولى لأنها ليست للعلاج بـل لغرض الفهم المتعمق للمريض لهذا يستحسـن بالممـارس الجيـد أن يكـثر مـن الإصغاء والاهتمام بالمعلومات التي يحصل عليها .

3- خطأ إعطاء أكثر من سؤال في وقت واحد : يلجأ بعض الأخصـائيين إلى توجيـه عدد من الأسـئلة في وقـت واحـد إلى المريـض وهـذا خطأ لأن المريـض قـد لا يستطيع إعطاء إجابات سريعة وأن المعالج لا يستطيع تفسير الإجابات التي تـأتي من المريـض لذلـك يفضـل بالمعـالج ان يقـدم سـؤالاً واحـداً ويلـتزم الصمـت والإصغاء

4- خطأ توجيه أسئلة مغلقه : إن الأسئلة المفتوحة هي التي تثـير النقـاش وتسـاعده على تبادل الحوار والاتصال أفضل من الأسئلة التي يجاب عليها بنعم أو لا .....

5- توطيد العلاقة بين الأخصائي والحالة : كلما كـانت العلاقـة بـين الطرفـين لهـا غرض معين كان بالإمكان أن تتحول إلى علاقة طيبه ويمكن للممارس أن يحقـق ذلك بإظهار كثير من التعاطف والاهتمام والفهم مع المريض

6- التساؤل : على الإكلينيكي أن يبتعد عن الاستجواب ويتبـع أسـلوب التسـاؤل لأن هذا الأسلوب يساعد المريض على الثقة والتلقائية لذلك مـن الأفضـل أن تكون الأسئلة مشتقة من عبارات المريض مثلاً : ما الذي يجعلك تستنج ذلك ؟

ما الذي يجعلك تعتقد ؟ والتساؤل الجيد يعين الممارس والمريـض علـى توضيـح المصطلحات الغامضة فقد لوحظ أن مجرد توضيح بعض المصطلحات الغامضـة في أذهان المرضى قد تكون له فوائد تربوية وعلاجية هامة ....

7- إثارة المشاعر : إن المعالج الجيد يتجه إلى إثارة مشـاعر مرضـاه إزاء الحـوادث الـتي

يحكونها وليس قمعها أو تغير المسار الانفعالي بها وذلك باستخدام عبارات مقصودة مثل :

من الواضح أنك تشعر بالحزن لهذا تود أن تبكي .

8- التعاطف : تعد المشاركة الوجدانية ضرورية لنجاح العلاقة الإكلينيكية وتتضمن الفهم ولكن ليس بالضرورة الموافقة على كل ما يقوله المريض ولا أن تفسر هذه المشاعر بنفس المريض لأن الموافقة على تغيرات المرضى قد تعطي بعضهم تبريراً للاستمرار في السلوك المنحرف .

9- الانتباه للسلوك اللفظي والجوانب غير اللفظية : بهذين النوعين من السلوك تمنح المقابلة كثيراً من النقاط الإيجابية لذلك فمن المفضل أن ينتبه الممارس إلى السلوك اللفظي (الكلام) والى السلوك غير اللفظي كثرة الصوت واضطرابات التفكير لأن أفضل مرحلة لمناقشه مشكلات المريض العميقة بطريقة مفيدة هي التي تصاحب ظهور جوانب من السلوك اللفظي والذي يصاحبه سلوكاً غير لفظي ويدل على القلق والصراع .

لذلك يتطلب من الممارس ملاحظة الحركات الإرادية كتعبيرات الوجه وأثر إشارة اليد والحركة الايمائيه لأن هذه الحركات تظهر ما عليه المريض من قلق أو رغبه في التسلط أو الاكتئاب فضلاً عن أن وقت ظهور هذه الحركات يعطي الممارس معلومات هامة عن المناطق والموضوعات الانفصالية في حياة المريض .

3- إنهاء المقابلة أو الجزء الختامي منها . .

من أصعب المشكلات التي تواجه الممارسين هي البحث عن طريقه ملائمة لإنهاء المقابلة لذلك من الضروري الإشارة إلى أن هناك ممهدات عامة لإنهاء المقابلة إذا ما تم الإلمام بها يجنب الكثير من المشكلات الخاصة بإنهاء المقابلة ..

1- فمن ناحية يجب ألا تنتهي المقابلة إلا بعد النجاح في بعث قدر كبير من الطمأنينة والراحة لدى المريض ، لأن المقابلة لدى المريض تكون مشحونة بالانفعال بسبب الموضوعات الحساسة والمشكلات التي أثيرت فيها الذكريات المؤلمة التي مرت في حياة المريض فضلاً عن بعض الأسرار التي يجرأ المريض على

ذكرها لأول مرة لذلك يجب أن تنتهي المقابلة والمريض يشعر بالثقة والراحة والأمن الإيجابي في نجاح هذه المقابلة .

2- ومن ناحية ثانيه يجب ان يشارك الممارس ما استطاع أن يكونه من أفكار أو تفسيرات عن مصادر المشكلات في حياه المريض لأنه من المتوقع أن يسأل المريض المعالج عن رأيه في هذه المشكلات ومدى إيمانه بنجاح العلاج وتنبؤاته بشأن مستقبل مريضه وهذا مما يجب على الإكلينيكي أن يتخذ هذا الدور وأن يوضح للمريض بساطة الفرق بين العلاج النفسي والعلاج الطبي ..

3- أما من الناحية الثالثة يجب أن تنتهي المقابلة بالتخطيط للجلسات القادمة وخطة العلاج والمقابلات المستقبلية ، ويفضل أن تعطي الممارس أكبر قدر ممكن من المعلومات عن طبيعة اللقاءات القادمة وضرورتها وماذا سيتم فيها والتوقعات المطلوبة من المريض وبعد مغادرة المريض أن يمنح الممارس بعض الوقت لتسجيل ملاحظاته الرئيسة عن الجلسة ..

أهم الاختبارات المستخدمة لتشخيص الأمراض النفسية

من بين الوظائف الرئيسية التي يتولاها الأخصائي النفسي الإكلينيكي القيام بعمليات التشخيص وتقييم للوظائف. الذين يعمل معهم ، وعملية التشخيص في جوهرها عملية بحث عن المعلومات لأفراد الهامة في حياة المريض وفي أهدافه العقلية والشخصية بهدف اكتشاف الجوانب السلبية والإيجابية في شخصيته من أجل ذلك يلجأ المختصون إلى وسائل متعددة من أبرزها استخدام الاختبارات النفسية ومقاييس الشخصية ، إذ بدأت موجة استخدام هذه الاختبارات.والمقاييس في الولايات المتحدة الأمريكية منذ فترة مبكرة من حياة علم نفس الإكلينيكي ومنها إلى أوروبا ومن ثم إلى بقية أنحاء العالم إن هذا الانتشار الواسع أدى مع الأسف إلى الكثير من السلبيات منها :أنها أصبحت تطبق دون مراعاة الحدود تطبيقها ، أو الشروط التي تحكم استخدامها مما أدى إلى ظهور موجة حادة من الهجوم ضد استخدام هذه الاختبارات .

ومع ذلك فإن استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية لا زال يمثل جزءاً هاماً

من العمل الإكلينيكي وإذا ما حاولنا إجراء دراسة كاملة للمشكلات النفسية التي تعاني منها البعض والمقاييس التي تساعد للكشف عن هذه المشكلات لأمكننا وضع هذه المقاييس على النحو الآتي:-

1- الوظائف العقلية ودرجات النمو العقلي : وتستخدم عادة للاختبارات الخاصة بالذكاء والتي من أهمها : اختبارات وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين ووكسلر بليفو للأطفال .ومقياس ستانفور بينيه

2- التمييز بين مصادر الذهان هل هي عضوية أم وظيفية :- ويلجأ الأخصائي النفسي عادة إلى مقاييس التشخيص العصبي والحسي من أمثال : بندر جشطلت - وتذكر الأشكال ...

3- بناء الشخصية وخصائصها :-

ومن أهم الاختبارات شيوعاً في ذلك تفهم الموضوع دور شاخ واختبار الشخصية متعدد الأوجه واختبار آيزنك للشخصية .

وفيما يلي شرح لبعض تلك المقاييس خاصة ما كان منها ملائماً للبيئة العربية.

أولا ... مقاييس الوظائف العقلية والنمو العقلي :-

1- مقاييس وكسلر لذكاء الراشدين :-

يعد هذا المقياس من أكثر المقاييس استخداماً في الميدان الإكلينيكي لقدرته على تقدير نسبة الذكاء للفرد ، فضلاً عن الاستخدامات الحديثة له لاكتشاف أنماط الاضطراب العقلي .

وضعه دايفير وكسلر عام 1955م وتم تعديله بمعايير جديده سنة 1981م وقد ترجم إلى العربية سنة 1956م ويطبق على الأفراد من سن (10 سنوات حتى سن 60 سنة)

وصف المقياس :-

يتكون المقياس من جزأين لفظي وأدائي ويتكون كل جزء منها فيه مقياس فالجزء اللفظي : يتكون من ستة مقاييس فرعية هي :-

أ- المعلومات العامة : ويتكون من 25 سؤال تتدرج في الصعوبة مثل : من هو رئيس الجمهورية ؟ ما هي عاصمة اليونان ؟ كم لتر في الصفيحة ودرجة الفرد على هذا الاختبار هي عدد الإجابات الصحيحة .

ب- الفهم العام : وتسأل أسئلة تبين قدرة الفرد على الحكم الجيد على المواقف العملية والتي لا تتأثر إلا بنسبة ضئيلة في الثقافة المدرسية مثل لماذا يتم الزواج بعقد ؟ ودرجة الفرد على كل سؤال إما صفر أو (1) أو (2) تبعاً لجودة إجابته

ج- الاستدلال الحسابي : ويوجد في هذا الاختبار 10 مسائل حسابية يقوم الفرد بحلها شفوياً ويحسب وقت الإجابة في المسألتين الأجرتين وتندرج المسائل في الصعوبة فمن المسائل السهلة مثلاً : كم برتقالة يمكن شراؤها ب 36 مليماً إذا كان ثمن البرتقال الواحدة 4 مليمات ؟ ومن المسائل الصعبة مثلاً :

إذا كان لدينا قطار يقطع مسافة 150 ياردة في 10 ثواني فكم قدماً يقطعها في المسألتين الآخرتين وتندرج المسائل في الصعوبة فمن المسائل السهلة مثلاً : كم برتقاله يمكن شراءها ب 36 مليماً إذا كان ثمن البرتقل الواحدة 4 مليمات ؟ ومن المسائل الصعبة مثلاً :

إذا كان لدينا قطار يقطع مسافة 150 ياردة في 10 ثواني فكم قدماً يقطعها في ثانية ؟

د- إعادة الأرقام : وفي هذا الاختبار يعيد الفرد 3 أرقام هم 4 ثم 5 وهكذا يلقيه عليه الممتحن، وهناك أرقام يعيدها الفرد كما يسمعها النظام ، وهناك أرقام يعيدها عكسياً أي يبدأ بأقل رقم وينتهي بأول رقم ، وتتكون درجة الفرد هي عدد الأرقام التي يعيد إلقاءها كما هي + الأرقام التي يعيدها بالعكس .

هـ- التشابه والتجانس : وفيه يحاول الفرد إيجاد الشبه بين شيئين يبدوان أن مختلفين مثل : ما وجه الشبه بين التفاحة والموزة ؟ وما وجه الشبه بين الثواب والعقاب؟

وتكون درجة الفرد إما صفراً أو (1) أو (2)

و- الكلمات : إذ يطلب من الفرد إعطاء معاني عدد من الكلمات التي تتدرج في الصعوبة . ودرجته هي عدد الكلمات التي يعطي معاني صحيحة لها .

أما القسم الأدائي وهو يتكون من خمسة مقاييس فرعية هي :-

أ- جمع الأشكال : يتكون من ثلاثة أشكال هي شكل إنسان وجه امرأة - ويد إنسان، وهذه الأشكال مقطعة ويعطى الشكل للفرد لكي يحاول جمعه وتعطي درجة للفرد على السرعة التي يجمع فيها الأشكال والدقة التي يصل بها لجمع الشكل .

ب- اختبار المكعبات : تعطى مكعبات ملونة للفرد 4 من جوانبها ملونه بالأبيض والأحمر والأصفر والأزرق ، ويوجد جانبان أحدهما نصفه أبيض ونصفه أحمر والآخر نصفه أزرق ونصفه أصفر وتوجد نماذج يتطلع عليها الفرد ويحاول تكوين مثل هذه المكعبات وتعطى درجة الفرد على السرعة وصواب أداء الشكل .

ج- إكمال الصورة : توجد مجموعة من الصور ويوجد في كل صورة جزء ناقص وعلى الفرد أن يكمل الجزء الناقص والصورة مثل صورة رجل يوجد نصف شاربه فقط وصورة رجل توجد الشمس من خلفه غير أن ظله غير موجود في الصورة وهكذا ودرجة الفرد هي عدد الإجابات الصحيحة على كل الصور .

د- ترتيب الصورة : توجد مجموعة من الصور تعطى للفرد بشكل غير مرتب وعليه ترتيبها ليكون من تسلسلها قصة وتعطى درجة على صحة الأداء ودرجة السرعة التي يتم بها الأداء .

هـ- الرموز والأرقام : توجد مجموعة من الرموز كل رمز فيها له رقم وعلى الفرد أن يضع تحت الأرقام الرموز المصاحبة لها من العين المعطى لها درجة هي عدد الرموز التي يصنعها الفرد صحيحة تحت الأرقام

*** استخدام مقياس وكسلر في المجالات الإكلينيكية :**

بالرغم من أن وكسلر عندما وضع هذا المقياس لم يكن يقصد وضع أداة لتشخيص الفئات المختلفة من الاضطرابات النفسية العقلية ، وبقدر ما كان يرمي إلى وضع أداة تساعد على تقدير نسبة الذكاء تفوق سابقاتها من حيث الموضوعية والإتقان بالرغم من ذلك فقد حدثت تطورات تالية لظهور المقياس جعلت منه أداة للميدان الإكلينيكي وفيما يلي بعض الطرائق المستخدمة في تفسير الأداة على المقياس وقيمة كل منها في الميدان الإكلينيكي .

1- نسبة الذكاء :

يعطي الاختبار 3 نسب ذكاء هي:

1- نسبة ذكاء لفظي وهي التي تتكون نتيجة لأداء على المقاييس الفرعية اللفظية .

2- ونسبة ذكاء أدائي وتتكون نتيجة لأداء الفرد على المقاييس العملية الخمسة

3- نسبة ذكاء كلية وهي عبارة عن متوسط نسبي الذكاء اللفظي والعملي ، وتساعد نسبة الذكاء في تشخيص حالات التخلف العقلي حيث يعد هذا الاختبار في الوقت الحاضر أحسن الأدوات المتوفرة لتشخيص الضعف العقلي ، بحسب نسبة الذكاء يوصف المستوى العقلي للناس وفق الفئات الآتية :-

الفئة	نسبة الذكاء
ناقص العقل	65 فأقل
على حدود التخلف	66 – 79
عـادي	80 ـ 90
متوسـط	91ـ 110
عادي لامع	111 ـ 119
ممتـاز	120 ـ 127
ممتاز جداً	128 فيما فوق

2- التمييز بين فئات الاضطراب العقلي والاضطرابات الشخصية :

بالإضافة إلى الاستخدام الرئيسي لمقياس وكسلر في تقديم نسبه الذكاء فإن هناك محاولات ناجحة بينت أن المقياس يمكن أن يستخدم في تشخيص بعض الاضطرابات الشخصية والعقلية وتمييزها بعضها عن البعض الآخر وتستخدم لذلك عدة وسائل منها ..

أ- الفرق بين نسبه الأداء اللفظي والعلمي :

كل مقياس من المقاييس الفرعية التي يشتمل عليها مقياس وكسلر تعطي نسب ذكاء لفظية أو عمليه مستقلة ، وبالتالي تعتبر نسب الذكاء اللفظي عن القدرة

على إستخدام الرموز والمجردات واللغة والفهم اللفظي ، بينما تعبر نسبه الذكاء العلمي عن جوانب الذكاء المرتبطة بالعملي كالتازر الحسي والحركي وسرعة التنفيذ العملي للأفكار وتناول الأشياء ومعالجتها .

ويعتقد وكسلر أن وجود فرق بين النسبتين يزيد عن (15) درجه بنسبه ذكاء عند شخص معين يعد مؤشراً تشخيصياً هاماً وتشير نتائج البحوث أن هنالك علاقات تشخيصيه ترتبط بزيادة نسبه الذكاء اللفظي عن العلمي بمقدار (25) درجه أو اكثر كان ذلك علامة على وجود اضطراب عقلي يرتبط بوجود تلف بالأجزاء اليمنى من المخ وهذا يؤدي إلى الاكتئاب وذلك لأن المقاييس العلمية تتطلب معالجة حركيه ويدوية وبصريه نشطه وهو ما لا يتوفر لدى المكتئبين أما زيادة نسبة الذكاء العلمي عن اللفظي وهو يعد بدوره مؤشراً هاماً على وجود ذهان عضوي يرتبط بوجود تلف في المناطق اليسرى من المخ ، وقد أشارت الدراسات أن فئات الجانحين والسايكوباثيين تحصل بدورها على نسبه ذكاء عمليه أفضل من اللفظية ، كما أن المنخفضين في الذكاء والهستيريين يحصلون على درجات ذكائية عملية أفضل من اللفظية.

ب- نمط توزيع الدرجات على المقاييس الفرعية :

يساعد على تحليل نمط توزيع الدرجات على المقاييس الفرعية للكشف عن طبيعة تنظيم وظائف الشخصية ويقصد بهذا المفهوم الإشارة إلى الاختلاف بين الدرجات التي يحصل عليها الشخص في المقاييس الفرعية ويعد الانخفاض أو الارتفاع على أي مقياس من المقاييس الفرعية ذي دلالة تشخصيه هامة ،وإذا كانت المقارنة بين المقاييس الفرعية ذات أهميه فان المقارنه بين البنود على كل مقياس بمفرده لا تقل أهميته في التشخيص الإكلينيكي لأن بنود كل مقياس مرتبة ترتيباً تصاعدياً بحسب الصعوبة ولكن يحدث أحياناً أن بعض الأفراد يفشل في الإجابة على بنود سهلة وينجح في الإجابة على البنود الأصعب أو أن يتذبذب اداؤه فان مثل هذه الظاهرة تشيع في حالات القلق أو قد تكون مؤشراً للاضطرابات أكثر خطورة من التلف العضوي :

ج- تقدير التدهور العقلي :

يحتاج الاكلينكيون أحياناً لتحديد مدى الهبوط في إحدى الوظائف العقلية لشخص ما ففي كثير من الحالات الإكلينيكية تهبط بعض الوظائف العقلية عن مستواها بسبب الإصابة ببعض الاضطرابات الطارئة على الشخصية ،ويصل الهبوط في بعض الوظائف إلى درجة خطيرة تصل إلى الضعف العقلي .

ولحساب التدهور العقلي يقترح وكسلر طريقة تقوم على تصنيف المقاييس الفرعية إلى مجموعتين:

1- المقاييس الثابتة :

أي التي لا يتأثر الأداء عليها بالسن وهي (المفردات ، المعلومات ، تجميع الأشياء ، وتكميل الصور ، وتضم المجموعة الثانية .

2- المقاييس غير الثابتة :

أي التي ينخفض الأداء عليها كلما تقدم العمر وهي (تذكر الأرقام ، المتشابهات ، رموز الأرقام ، ورسوم المكعبات)

ولحساب معامل التدهور تطرح الدرجات الموزونة للمجموعة غير الثابتة من الدرجات الموزونة للمقياس الثابتة ويقسم الفرق بينهما على مجموع الدرجات الموزونة للمقاييس الثابتة على وفق المعادلة الآتية :

نسبه التدهور معامل التدهور تطرح الدرجات الموزونة للمجموعة غير الثابتة من الدرجات الموزونة للمقاييس الثابتة ويقسم الفرق بينهما على مجموع الدرجات الموزونة للمقاييس الثابتة على وفق المعادلة الآتية :

$$\text{نسبة التدهور} = \frac{\text{الثابتة} - \text{غير الثابتة}}{\text{الثابتة}} \times 100$$

ويكون التدهور ممكناً إذا كانت النسبة أعلى من (10) ويكون مؤكداً إذا زادت عن (20) درجة.

ملاحظة : يعد هذا الاختبار من الاختبارات الفردية

ثانيا : مقياس وكسلر لقياس ذكاء الأطفال :

يصلح هذا الاختبار على الأطفال من بين (5 ـ15) سنة ويعطى بدوره ثلاث نسب ذكاء لفظية وعملية وكلية ، ويتكون من عشرة مقاييس فرعية (5) منها لتقدير الذكاء اللفظي وهي:ـ

المعلومات العامة ، الفهم العام ، الحساب ، المتشابهات ، المفردات والخمس الأخرى لتقدير الذكاء العلمي هي :ـ

تكميل الصور ، ترتيب الصور ، رسوم مكعبات ، تجميع الأشياء ، الشفرة ويعتمد تصحيح المقاييس على نظام قريب من نظام تصحيح الراشدين ، ويعد هذا الاختبار من الاختبارات الفردية .

ثالثا : اختبار المصفوفات المتتابعة :

يعد هذا الإختبار من أشهر الاختبارات المتحررة من التأثيرات الثقافية وضعه رافين سنة 1938 م (رافين 1960 ، 1962) استخدمت في بريطانيا وهو من الاختبارات الجمعية يتألف المقياس من (5) مجموعات كل مجموعة تتكون من (12) فقرة رسم أو تصميم هندسي حذف منه جزء وعلى المفحوص أن يختار الجزء الناقص من بين (6 أو 8) بدائل معطاة ، وتعتبر الدرجة الكلية على المقياس مؤشر على الذكاء أو الطاقة العامة للفرد ، ويتكون اختبار المصفوفات المتتابعة من ثلاثة أشكال :

1- الشكل العادي (رافين 1962) وهو يصلح لكل الأعمار ...

2- والملون (رافين 1963م) ويصلح لأطفال من سن (5) سنوات وضعاف العقول

3- والمتقدم (رافين 1960 م) ويستخدم مع الأفراد الذين يتجاوز عمرهم (11) سنة من ذوي العقليات العادية أو الممتازة علماً بأن هذا الاختبار يعد من الاختبارات الموقوته أى أن الإجابة عنه محددة بزمن ......

رابعا : اختبار الرسم (جود آنف وهاريس)

أعدت (جوآنف) مقياس رسم الرجل سنة (1929 م) والذي يكمن

بصورته الأولى المبكرة ويتطلب رسم أكثر من رسم على قطعة من ورق أبيض ، وفي سنة (1963 م) ظهر تعديل شامل (باسم اختبار الرجل الرسم لجود آنف وهاريس) بهدف الامتداد بالمقياس الأصلي بحيث يعطي الأعمار من الطفولة حتى المراهقة ، ويتطلب التعديل من الطفل آن يرسم أيضاً صورة لامرأة ولتصحيح هذا القياس أعدت استمارة خاصة تشمل على (73) فقرة يمكن توفرها في الرسم ويمكن تسجيل المفردات التي ترد في رسم أي مفحوص بيسر بالاستعانة بنماذج التصحيح وتحسب الدرجة الكلية في الاختبار بعدد العلامات التي يضعها التصحيح .

ثانيا - اختبارات قياس الاضطرابات العقلية ومصادر الذهان -

يحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى مقاييس تساعده على التمييز بين الأذهنة العضوية والأذهنة الوظيفية مثلاً : الفصام والاكتئاب ..... الخ تعد ذات منشأ وظيفي ، وذهان الشيخوخة والإدمان من أمثلة الأمراض ذات المنشأ العضوي ، وتوجد لحسن الحظ مجموعة من الاختبارات التي تساعد على ذلك منها :-

جشطالت للضبط الحركي

1- اختبار بندر

يعتبر من أنجح الاختبارات ويتكون هذا الاختبار من (9) أشكال هندسية بسيطة أبتكرها علماء مدرسة الجشطلت لدراسة العوامل المساهمة في الإدراك الحسي وقد قامت (لويتا بندر 1938) بتعديل هذه الأشكال ودراسة العوامل الوراثية والعضوية المسئولة عن الانضباط الحركي لإعادة رسم الأشكال بدقة أو بدون دقة وبهذا سرعان ما تصبح الأدوات التشخيصية الهامة في الإكلينيكي والأشكال الهندسية التي يتكون منها الاختبار هي أشكال بسيطة مثلاً : دائرة متصلة بمربع نقاط مصفوفة بطريقة خاصة ، دوائر صغيرة موضوعة بطريقة هندسية ...الخ .

يطلب من الشخص أن يعيد الرسم على قطع عادية من الورق بعد النظر إلى كل رسم بمفرده وعلى الرغم من بساطته إلا أنه قد أدى إلى نتائج مذهلة في الميدان الإكلينيكي لأنه لا يثير مخاوف الحالات ولا يثير تهديد النفسية فضلاً عن بساطة تعليماته والموضوعية والوضوح في تصحيحه ، ويتطلب تفسير الدرجات الانتباه إلى

عدد من الخصائص والمؤشرات الهامة في الرسوم التي ينتجها الشخص مثل:الأحجام إن كانت أكبر أم أصغر من الشكل . والمسافة بين رسمين - وموضع الرسم هل هو في وسط الصفحة أم في أحد أركانها - وتدوير محور الرسم والقدرة على رسم الزوايا الحادة ـ والتداخل بين عناصر الرسم الواحد والتقاطع بين الخطوط .

ويعد هذا الاختيار أداة هامة للتميز بين الذهان الوظيفي والعضوي وربما يعد من أكبر الاختبارات شيوعاً لتقدير التلف العضوي وقد تبين بشكل عام أن المصابين بالأمراض الذهانية نتيجة لتلف المخ عادة ما يستغرقون وقتاً أطول وتكثر في رسومهم الأخطاء الإدراكية الدالة على التدهور مثل :

التدوير - وصعوبات التقاطع بين الخطوط - وتجزئة الشكل بحيث يبدو الشكل ناقصاً أو مفككاً - وإعادة الرسم عدة مرات ونقص التناسق الحركي ، ولهذا تستخدم هذه العلامات إن وجدت كمؤشر على الإصابة بالتلف العضوي في المخ .

2- اختبار تذكر الأشكال :

وضع كل من (تندار ـ جراهام 1960) هذا الاختبار ليصبح بعد ذلك من أشهر عشرة اختبارات تستخدم في الميدان الإكلينيكي لتشخيص حالات التلف العضوي . يتكون المقياس في صورته النهائية من (15) بطاقة كل بطاقة منها على شكل هندسي وتعرض كل بطاقة منها للحالة لمدة خمس ثواني ويطلب مباشرة رسمها في الذاكرة يصلح هذا الاختبار لتقدير التلف العضوي العام لدى الأطفال من 5ـ8 سنوات فأكثر وللبالغين على السواء .

ثالثا : اختبارات الشخصية .

يحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي في كثير من الأحيان إلى معرفة الجوانب الانفعالية والدافعية للحالات التي تعوده „ تراجعه „ وهنا يلجأ لاستخدام اختبارات لشخصية ، وهنا لك العديد من الاختبارات التي أعدت لتقدير بعض الوظائف الإنفعالية والدافعية والاجتماعية في الشخصية فيمكن معالجتها باختصار تحت فئات رئيسية هي :ـ

أ- استبيانات الشخصية

ب- الأساليب الإسقاطية

ج- الأساليب السلوكية

أ- استبيانات الشخصية :

الاستبيان أو الاستخبار هو مجموعة من الأسئلة التي تعطى للفرد أو مجموعة من الأفراد للإجابة عنها بطريقة معينه بهدف الحصول على بعض الحقائق عن شخصيته وسماته الرئيسية ومشاعره وانفعالاته في الماضي والحاضر .

ومن أشهر استخبارات الشخصية استخداماً في الحقل الإكلينيكي استخبار الشخصية المتعددة

الأوجه ، واختبار آيزنك للشخصية ، وتنبع أهمية هاتين الأداتين لحاجة البيئة العربية لها بشكل خاص لأنهما من الأدوات التي ترجمت وقننت على الكثير من الفئات في المجتمع العربي وكما يأتي :

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه :

يعد من أفخم اختبارات الشخصية المعروفة في الوقت الحاضر إذ يتكون من 566 سؤالاً وضعها العالمان الأمريكيان (هاثاوي وماكنيلي) من جامعة منسوتا الأمريكية .

يهدف هذا الاختبار الى تصنيف الفرد بحسب إجاباته إلى فئات الاضطراب السيكاباترية المعروفة وقد جمع المؤلفان بنود المقياس بالرجوع إلى اختبارات الشخصية السابقة والى التقارير الإكلينيكية عن الحالات والى خبراتهم الشخصية في ميدان الصحة العقلية ، ويتكون المقياس سؤالاً يطلب الإجابة بفئة من الفئات الثلاث :صواب / خطأ / لا أعرف .....

ويتكون المقياس اختبار منسوتا من (عشرة 10) مقاييس فرعية يطلق عليها المقاييس الإكلينيكية لأنها تهدف لتحديد مدى التشابه في الفرد في فئات التشخيص الإكلينيكي المختلفة ، ويتكون كذلك المقياس من (3 مقاييس) صدق لقياس إتجاة المفحوص نحو الاختبار وتحديد مدى صدقة أو كذبه في الإجابة .

أولا : المقاييس الإكلينيكيه :

1- توهم المرض : ويقيس مدى الانشغال الزائد لوظائف الجسم والقلق على الصحة دون مبرر ويتكون من (33) عبارة

2- الاكتئاب : يتكون من 60 عبارة لقياس النظرة المتشائمة للحياة والمستقبل ومشاعر اليأس والنقص ، والانشغال الدائم بالموت ، وبطء عمليات التفكير ، وانخفاض مستوى النشاط وهي الخصائص التي تبين أنها تميز استجابات مرضى الاكتئاب والذين يعانون من حالات الذهان الدوري .

3- الهستيريا : تشير عبارات هذا المقياس إل60 إلى استخدام الاستجابات التي تصدر عن المرضى المصابين بعصاب الهستيريا التحولية كاستخدام الشكاوي الجسمية كوسيلة للهروب من المسئولية والتهرب من المسؤوليات والتصرفات الانفعالية الزائدة وكثرة الكلام .

4- الانحراف السايكوباثي : ويقيس هذا المقياس بعباراته ال50 مدى شيوع التصرفات الجانحة والخارجة عن العرف والتقاليد والوقوع في مشكلات مع القانون نتيجة للعجز عن الاستفادة من الخبرة وضعف الاستبصار أي ما هو أصوب وخطأ

5- الذكورة ، الأنوثة : ويعني تعرف ملامح الشخصية المرتبطة بالاضطراب الجنسي، أي اضطراب الدور الذكري عند الذكور ، أو الأنثوي عند الإناث ويتكون من 60 عبارة تتعلق بقياس مدى الوقوع في الانحرافات الجنسية والشذوذ والميول الأنثوية عند الذكور والميول الذكرية عند الإناث

6- البارانويا : يتكون من 6 عبارات تقيس الصورة الإكلينيكية للبارانويا يتميز المرض في هذه المجموعة بالتشكك والحساسية الزائدة وهذيانات الاضطهاد والعظمة .

7- السيكاثينيا : يتكون من 48 فقرة تتعلق بتقدير خصائص تنتمي لأعصبة القلق والمخاوف المريضة والوسواس

8- الفصام (الشيزوفرينيا) يتضمن 78 عبارة لقياس جوانب من السلوك تميز

المرضى الذهانيين والفصاميين من فئاتهم الغير متجانسة وذلك مثل الأفكار الغريبة والسلوك الشاذ والهذيانات والهلاوس واللامبالاة والقسوة .

9- الهوس الخفيف : يتكون هذا المقياس من 46 عبارة لقياس الاضطراب الوجداني المعروف باسم الهوس الخفيف ويتمثل في ثلاثة جوانب هي :-

النشاط الزائد غير الموجه ، وسيطرة الأفكار المتطايرة والمفككة ، الاستثارة الدائمة

10- الانطواء الاجتماعي : ويتكون هذا المقياس من 70 عبارة تقيس الرغبة في الانزواء وتجنب الاتصال الاجتماعي ....الخ

ثانيا : مقاييس الصدق للاتجاه نحو الاختبار :

من المشكلات التي تواجه استخدام استخارت الشخصية هو تزييف الإجابة عليها من قبل المفحوصين من حيث الكذب أو إعطاء صورة سيئه مبالغة فيها من الكذب لغرض لفت الانتباه والحصول على العطف والبعض تكون استجابته تختلف عن حقيقته بسبب الاهتمام وسوء الفهم والتعلق بأسلوب استجابة معينه بنعم أو لا أو لا أعرف عليه توجد في هذا الاختبار 4 مقاييس تسمى مقاييس الصدق للمساعدة على ضبط تدخل مثل هذه العوامل هي الاستجابة هي:-

1- مقياس "تي" فيه عدد العبارات التي يتركها المفحوص دون إجابة والمرغوب فيه أن تكون هذه الدرجة أقل ما يمكن .

2- مقياس الكذب : ويشمل على خمس عشرة (15) عبارة إذا أجاب عليها المفحوص بنعم فإنها تشير إلى اتجاه للظهور بمظهر المقبول اجتماعياً ولهذا تعبر الدرجة المرتفعة على هذا المقياس عن تحريف الإجابة بهدف الظهور بمظهر مقبول

3- مقياس الصدق : يتكون من (64عباره) من تندر الإجابة عنها بالضورة التي تصحح بها وتدل الدرجة المرتفعة على انخفاض في صدق إجابات المفحوص بسبب الإهمال وعدم الفهم أو الرغبة في الظهور بمظهر غير سوي

4- مقياس التصويب : يتكون هذا المقياس من 30 عبارة تقيس اتجاه المفحوص نحو الاختبار ولكن في مسار مختلف فالدرجة المرتفعة في هذا المقياس تعبر عن محاولة الظهور بمستوى أو بمظهر سوي ، بينما تعد الدرجة المنخفضة فيه عن استعداد الشخص عن الكشف عن أغراضه وإظهار نفسه بمظهر غير سوي .

- الاستخدامات الإكلينيكية للاختبار :

لما كانت المقاييس الأصلية التي يتضمنها الاختبار قد أعدت للتنبؤ لفئات التشخيص الإكلينيكي معروفه ، فإن هذه الاستخدامات المبكرة لاختبار تعني النظر إلى درجات كل مقياس على حده فإذا ارتفعت فيمكن التنبؤ بوجود اضطراب يتلاءم مع طبيعة المقياس . إلا انه اتضح فيما بعد أن الأمر ليس بالبساطة فقد يحصل شخص عادي أو عصابي على درجات مرتفعة على مقياس الفصام دون أن يكون في حياته ذلك .

إذا توجه الاهتمام على توزيع الدرجات على جميع المقاييس لأنها أكثر دلالة من الدرجة على مقياس واحد . عليه يتضح أن هناك ثلاثة أنماط رئيسية متمايزة يمكن تفسيرها على ما يأتي:

1- النمط العصابي أو المثلث العصابي : ويشير إلى الارتفاع في مقاييس ثلاثة هي: توهم المرض والاكتئاب والهستيريا

2- النمط الذهاني أو المثلث الذهاني :ويدل على ارتفاع في مقاييس الفصام والبارانويا والهوس الخفيف .

3- أما الاضطرابات السلوكية أو الجنوح : فتتمثل في ارتفاع الدرجات على مقاييس الانحراف السايكوباتي والفصام والهوس الخفيف مع احتمال ارتفاع الدرجة على مقياس الذكورة الأنوثة

اختبار آيزنك للشخصية ..

تعد اختبارات آيزنك للشخصية ثاني أهم مجموعة من الاختبارات الإكلينيكية المستخدمة في البيئة العربية وهي ثلاثة اختبارات

1- اختبار آيزنك للشخصية ..

2- استبيان آيزنك للشخصية ..

3- اختبار آيزنك للشخصية بين الأطفال ..

وتعد الاداة الاولى نسخة محسنة منظورة من اختبار مودزلي «maudsly » للشخصية الذي وضعه آيزنك في فترة سابقة وهذه الاختبارات تربط نظرية آيزنك بإبعاد الشخصية لدراسات علم النفس التجريبي والنظري إذا استنتج آيزنك منها أن كل أداة من مجال يمكن ان يشملها عاملان هما : العصابيه والانبساط ولهما أساس موروث وأن هذه الأداة تقوم بدور أساسي في الإكلينيكي لأنها تساعد على تمييز العصابيين من العاديين وعن الذهانيين وتتكون من صورتين متكافئتين (أ،ب) تشتمل كل منها على 75 سؤال . لقياس العصابيه (24سؤالاً) و الانبساط (24 سؤالاً) فضلاً عن مقياس للكذب (9 أسئلة) وهذا الاختبار يساعد على اختبار نوع العلاج الملائم له وتفسير ذلك : هو أن يحصل على درجات مرتفعه في العصابيه ومنخفضة في الانبساط ، ويتضح لهذه الفئة المصابون بعصاب القلق والمخاوف المرضية والاكتئاب والوسواس القهري وهؤلاء يحتاجون لنوع مختلف من العلاج وينطوي تحت فئة العصابي المنبسط : عصاب الهستيريا وبعض حالات الاضطراب السايكوباتي ويحتاج أشخاص هذا النوع من العلاج إلى علاج يختلف عن ذلك المستخدم مع فئات العصاب الإنطوائي .

وقد قام آيزنك بتعديل الاختبار آيزنك للشخصية يتمثل في وضع الأداة الثابتة وهي (استبيان آيزنك للشخصية) إن ما يميز هذا الاستبيان بالإضافة إلى مقاييس العصابية تحتوي الكذب ، ويحتوي على مقياس جديد لقياس بعد الذهانية كما يشمل على مقياس إضافي للبعد الإجرامي في الشخصية ويساعد على التنبؤ بالحالات السايكوباتية والجناح والعودة للإجرام . ويشير مصطلح الذهانية إلى خاصية في الشخصية توجد بدرجات متفاوتة في الأشخاص وإذا ما وجد بدرجة عالية فإنها تشير إلى القابلية لتطوير الاضطراب النفسي وإمكانية التحول إلى السلوك الذهاني.

الفصل السادس

الشخصية والأحلام وعلاقتها بالعلاج النفسي

الفصل السادس

الاختبارات الاسقاطية

هذه الاختبارات الاسقاطية في نظر البعض من المختصين أمثال (روتر)1984 أن استبيانات الشخصية والمقاييس الموضوعية 8 تصل إلى الدوافع اللاشعوريه وتركز على السمات السطحية والاتجاهات الشعورية ، بعد ذلك أصبح التوجه ما يسمى بتصميم الاختبارات الاسقاطيه وفق مفهوم الاسقاط يشير إلى الأساليب الدفاعية التي ركز عليها فرويد وهي هروب الفرد من الدوافع غير المقبولة لديه مثل ـ اتجاهاته السلبية العدوانية أو الجنسية نحو الآخرين بإغرائها إلى الآخرين ذواتهم ، لذا فأن الخاصية المميزة للاختبارات الاسقاطية هي أنها لا تحاول قياس الشخصية ومتغيراتها بأسئلة مباشرة بل تقوم للشخص على شكل منبهات غامضةغير محدده المعالم مثلاً (بقع الحبر ـ صور ـ أشكال ناقصة ـ جمل ناقصة) ويطلب من المفحوص ان يصف ما يرى ، أو يكتب قصة أو يتخيل ما يدور بين الأشخاص في الصورة أو أن يكمل جملاً ناقصة .... الخ .

من خلال ذلك يتم معرفة إسقاط مشاعر شخص واهتماماته اللاشعورية وميوله الشخصية الدفينة ، وأن اهتماماته وميوله ستسقط هذه الأشياء على المثيرات الغامضة التي تمثلها هذه الاختبارات .

وتوجد أيضاً اختبارات اسقاطيه تعتمد على الرسم فيطلب من الشخص أما أن يرسم نفسه أو أحد أفراد أسرته ، أو يرسم امرأة أو رجل وتعد اختبارات الرسم من الأساليب الاسقاطية لان التقاط وجود رسم صحيح أو خاطئ دليل على رسوم كل شخص انعكاس لمشاعره الخفية ودوافعه العميقة واتجاهاته نحو موضوعات هذه الرسوم بصورة ظاهره أو رمزيه :

1- من الاختبارات المستخدمة في هذا المجال وأكثرها شهره بقع الحبر لروورشاح :

وهو يتكون من عشرة بطاقات على كل منها بقعة حبر بعضها ملون وبعضها رمادي وأسود وقد أختار رورشاخ هذه البقع بعد تجارب طويلة وعاده ما تعرض كل بطاقة على حده ويطلب من الأشخاص أن يقرروا ما يشاهدوه في هذه البقعة والأخصائي النفسي يسجل استجابات كل شخص نحو استجابة بشكل دقيق وتحديد أماكن كل شخص على بطاقة وتحلل الإجابات على نحو معروف .

وهنالك طرائق مختلفة في تفسير الإجابات على اختيار رورشاخ مثل طريقة (كلوفر) وهناك طريقه دينيسك ، ومهما اختلفت أساليب تفسير هذه الاختبارات فان جميعها تحلل كل استجابة من استجابات المفحوص على وفق عناصر أربعة هي :ـ

1- المكان :ـ أي مساحة البقعة المستخدمة هل استخدمت كل البقعة أم أجزاء منها ، وهل استخدمت أجزاء وتفاصيل مختلفة .

2- المحدودات : أي الأجزاء التي أثارت استجابة الشخص من حيث الشكل أو اللون - الحركة - الملمس أو - الظلال ..... الخ .

3- المحتوى : وهي طبيعة الموضوع الذي أو حركة الشخص في تفاصيل البقعة هل هو حيوان أم انسان أم صخور أم سحب وملابس ... الخ .

4- الشيوع والإحالة : أي مدى شيوع الاستجابة أو أصالتها ويعتمد تقدير هذا العنصر على مقارنة الاستجابة بالاستجابات الشائعة في الجمهور الجموع .

ويستخدم الرورشاخ بشكله وتفسيراته هذه كأداة تشخيصية مثال :ـ

تزداد بين العصابين من فئات القلق استجابات اللون السالبة كالدم والحركة البشرية وتزاد لدى القهريين الوسواسين الاستجابات الدالة على التفاصيل الصغيرة .أما الفصاميين فتزداد بينهم استجابات السلبية وعدم التأكد وتناقص الحركة البشرية ، بينما تتزايد استجابات اللون والتظليل وإدراك المساحات البيضاء من الرسم .

وينظر الكثير من العاملين في المجالات الشخصية والإكلينيكي بحذر لاختبار رورشاخ ، إذ يبين العديد من الدراسات التي هدفت إلى معرفة معامل صدقه أما أنه ضعيف أو مشكوك في قدرته على التنبؤ بالتشخيصات المختلفة والتحسن في الحالات الإكلينيكية.

وكذلك دراسات الثبات تكشف انخفاض ملحوظ في ثبات الاختبارات الاسقاطيه بشكل عام ، ويعتقد العاملون في المجال الإكلينيكي أن اختبارات رورشاخ تصلح كأداة للمقابلة الشخصية يمكن من خلال استجابات الأشخاص له اكتشاف الكثير عن شخصياتهم للتجاوب مع المقاييس النفسية وأساليبهم العامة كالتفكير والقلق أو الشعور بالتهديد .... الخ .

2- اختبار تفهم الموضوع « TAT »

وهو من وضع (هنري موراي) بالاتفاق مع عدد من زملائه من جامعة « هارفرد » يتكون الاختبار من (31) بطاقة أحدها بيضاء دون صورة وعلى بطاقة أخرى توجد صور الأشخاص في مواقف اجتماعية مختلفة وقد خصصت بعض البطاقات لاستخدام مع الذكور والإناث وبعضها يستخدم إلا مع الإناث أو الذكور وتعرض البطاقات واحدة وراء الأخرى ويطلب من الشخص أن يحكي قصة عن الصورة المعروضة تصف الأشخاص كما يراها المواقف التي جمعتها والمشاعر والأفكار التي تسيطر على كل منها ومشاعر الشخصية نحو كل منهم والنهاية التي ينتهون إليها ، فمن المفروض أن القصص التي تقال تعكس عملية التوحد لأشخاص الرئيسيين في الصورة وبعد ذلك تكشف أشياء تتصل بدوافع الشخصية واتجاهاتها وحاجاتها الرئيسية وصراعاتها ومصادر التهديد وأساليبها الدفاعية في مواجهة التهديدات المختلفة .

وتتعدد طرائف تفسير القصص في اختبار تفهم الموضوع لكن الطريقة الأصلية (لموراي) تهدف إلى تحليل دقيق لكل جمله في كل قصة وتقدير على مقياس من [5:1] لظهور عدد من الحاجات الرئيسية والدوافع اللاشعوريه مثل : الحاجة للأمان والإنجاز والحب .... الخ .

وتستطيع طريقه (موراي) فضلاً عن تقديرها للحاجات الرئيسية لدى الشخص أن تقدر هذه الحاجات من حيث شدتها أو استمرارها وتوترها وأهميتها بالنسبة للحاجات الأخرى في الشخصية

- الطريقة الثانية :

المتبعة هي طريقة (بيلاك pellak) وهي تعتمد على تحليل كل قصة من أي عدد من العناصر منها الموضوع الرئيسي - البطل الرئيسي للقصة -الحاجات الرئيسية لدى البطل - تصور العالم - الصراعات ذات الدلالة - مصادر القلق وطبيعته ... الخ.

ولا يبدو حال تفهم الموضوع أفضل من اختبار رورشاخ من حيث معاملات صدقه وثباته فقد كشفت الدراسات التي لجأت إلى استخلاص معاملات الثبات بطريق الإعادة أو التقسيم النصفي أي التجزئة النصفية نتائج أقل من مقبولة وبالمثل كشفت دراسات صدقه عن نتائج متضاربة ولو أنها عموماً لا تشجع على الاعتماد على اختبار تفهم الموضوع ولهذا يعتقد أن اختبار تفهم الموضوع لا يستطيع في أحسن الأحوال إلا أن يكشف عن تغيير الحالة المزاجية من موقف إلى آخر ولكنه أداة غير صالحه للاستخدام للخصائص الثابتة في الشخصية .

3- اختبار تكميل الجمل الناقصة لروتر :

إذ يعطى الشخص عدداً من الجمل الناقصة مثل :

أشعر ......

أغضب ....

أبي .....

النساء ......

ويطلب من الشخص أن يكمل هذه الجمل ويفترض كما هو الحال في الاختبارات الإسقاطيه الأخرى ، أن استجابات الشخص تعكس رغباته مخاوفه واتجاهاته نحو الموضوعات الرئيسية التي تمثلها هذه الجمل كالاتجاه نحو الجنس الآخر والوالدين والسلطة والجوانب الوجدانية والمعرفية ...... الخ .

وبالرغم من أن الاختبار لا يصلح في التنبؤ ببعض المشكلات الشخصية فإن التقارير المتجمعة من ثباته وصدقه تعد أفضل بكثير من رورشاخ وتفهم الموضوع

ويزداد الثبات والصدق إذا استخدمت الأساليب الموضوعية في التصحيح .عليه نجد أنه لا يجب الاعتماد على الاختبارات الاسقاطية باستثناء عدد محدود منها اعتماداً رئيسياً في الميدان الإكلينيكي على إقامة العلاقات التمهيدية الطبية بالمرضى وإثارة اهتماماتهم والحصول على انتباههم في البدايات الأولى ..

المقاييس الموضوعية اللفظية للسلوك :

تعد قوائم السلوك وتقدير الجوانب السلوكية النوعية في الشخصية من أكثر الأساليب الحديثة التي وفرت إلى ميدان التقديم الإكلينيكي بالرغم من أنه تعتمد على نظريات مختلفة هي نظريات التعلم والسلوكية لأن فيها فائدة علمية وعملية وموضوعية في تطبيقها و تصميمها.

وبما إن العلاج السلوكي يهدف إلى تعديل جوانب محددة من السلوك فقد نشأت اختبارات تقييم السلوك مرتبطة به لأن هذه الاختبارات السلوكية تهدف لتقدير جوانب محددة من السلوك بهدف قياس فاعلية العلاج قبل الخضوع له وبعد الخضوع له السلوك بهدف قياس فاعلية العلاج قبل الخضوع له وبعد الخضوع له جمع المعلومات الضرورية والمفيدة للتخطيط للعلاج المناسب والمشكلات النوعية الخاصة التي تحتاج للتعديل والعلاج من هذه الاختبارات ما يأتي :-

1- اختبارات تأكيد الذات (لويلبي)

2- قائمة مسح المخاوف المرضية .

3- قائمة تحليل صفات الاكتئاب

4- قائمة تحليل الصفات الوجدانية المتعددة

هذه القوائم أو هذه الاختبارات أعتبرها المختصين في علم النفس الإكلينيكي من الاختبارات الحديثة وقد أفادتهم استفادة كبيرة .

1- اختبار تأكيد الذات لويلبي :

يساعد اختبار تأكيد الذات لويلبي في اكتشاف جوانب العجز في التعبير عن الذات وتأكيد الحقوق الشخصية والثقة بالنفس في مواقف اجتماعية معينه ويتكون

من (30) بنداً ترجمت إلى العربية عام (1979) وبنوده عبارة عن أسئلة منها :-

- هل تحتج بصوت عالي إذا دفعك شخص لشخص لكي يتقدم في صف أو طابور؟ نعم ، لا
- هل تستطيع أن تعارض شخصاً مسيطراً ؟ نعم ، لا
- هل تجد صعوبة في امتداح الآخرين أو تقديرهم ؟ نعم ، لا

وقد استخدم المقياس في عدد من البحوث في البلاد العربية إذ تشير نتائجه إلى ارتفاع ثباته وصدقه مما يجعله أن يكون أداة نافعه في الحدود التي أعدت للاستخدام فيها

2- قائمة مسح المخاوف المرضية :-

تعد من الأدوات السلوكية الموضوعية الهامة وقد ترجمت إلى اللغة العربية وتم استخدامها على عينات ليبية كجزء من تقنين لبطارية اختبارات نفسيه وعقليه في المجتمع الليبي ، وقد وضع (وولبي ولانج) هذه القائمة عام 1964 م تتكون من (74) بنداً تمثل مخاوف شائعة كالثعابين والأماكن المظلمة والضيقة والأماكن المرتفعة الشاهقة والحديث بصوت عالي وأضيفت لها بعض البنود عند تطبيقها على المجتمع الليبي إذ بلغت في الترجمة العربية (110) بنداً ثم طبقت على أعداد مصريه كبيره وحسب معاملات ثباتها بطريقه الاختبار إعادة الاختبار والتجزئة النصفية فتراوحت على التوالي 1،86 ، 1،96 مما يشجع على أستخدمها في ميادين الإكلينيكي والبحث في البيئة المصرية . أما عن الصدق آيزنك وقائمة وولبي للميول العصابيه على عينات من الذكور بلغت (204) والإناث بلغت (201) فأشارت النتائج إلى ارتباطات جوهرية للقائمة بمقاييس العصابيه وقد ميزت الأداة بين الذكور والإناث إذ تضيف هذه النتيجة صدقاً إضافياً لهذه الأداة خاصة إذا علمنا أن الإناث درجاتهن مرتفعه في القلق والعصابيه في غالبيه الدراسات العربية والأجنبية :

3- قائمة تحليل صفات الاكتئاب :-

تهدف قوائم قياس الاكتئاب إلى تقدير جوانب نوعية محددة مرتبطة بأعراض

الاكتئاب ، ومن أهم الأدوات استخداما في الوقت الحالي قائمة الأوصاف الاكتئابيه واختبار بك للاكتئاب أعدت عام 1966.

وتتكون القائمة الأولى (قائمة ليوبين) من 7 أشكال كل شكل من (22صفه) إيجابية مثل (منشرح – منطلق) و(10) أوصاف سلبية مثل (مكتئب – منهار – مهزوم) جمعها ليوبين على أساس قدرة كل منها على التميز بين جماعات من الكتئبين ذكوراً وإناثاً وغير المكتئبين من الذكور والإناث وتبين دراسات ليوبين أن الأشكال السبعة ترتبط ببعضها ارتباطاً عالياً إذ يتراوح ثباتها بطريقة الاتساق الداخلي من 79٪ إلى 90٪ وبالتجزئة النصفية من 82٪ إلى 93٪ بين الأسوياء ، ومن 86٪ إلى 93٪ بين المرضى وتكشف دراسات ليوبين عن أدلة عديدة عن صدق قائمة الأوصاف الاكتئابية

* وطور ذارومان وليوبين قائمة أخرى أطلق عليها وصف الوجدان المتعدد فكرتها تقوم على أساس الفكر .السابقة سلبية وإيجابية ولو أنها تزود الأخصائي بثلاثة مقاييس لثلاثة متغيرات هي :

الاكتئاب – القلق – العداوة وكل الأداتين تتميز بسهولة التطبيق وقصر زمن الإجابة 2 دقيقة للمادتين لأن كل منها يتكون من عدد متنوع من الأشكال ويسهل استخدامها في مجالات تتطلب تطبيقاً متكرراً كما في حالات العلاج النفسي.

* أما اختبار بك للاكتئاب عام 1972 م يتكون من 21 فقرة تعبر كل منها مظهر محدد من المظاهر التخصصية للاكتئاب وتتكون كل فقرة من 4 جمل متتالية مرتبة تنازلياً من حيث شدة التعبير عن أحد الأعراض التي تعبر عنها الفقرة المطلوب من الشخص وضع علامة على جملة واحدة يعتقد أنها تصف حالته في كل فقرة ، وقد قوم هذا الاختبار . وظهر أن ثباته يصل من 74٪ إلى 75 ٪ بين درجات المقياس والتقييم الإكلينيكي لحالات الاكتئاب ، ويذكر بيم « Behm » بأنه اختبار بصدق جيد .

* قائمة وليوبين للميل العصابي : أعد هذه القائمة وليوبي عام 1934 وقام بتعديلها عام 1973 م بحيث تصلح لقياس ردود أفعال القلق الدائم ، وتتكون من

25 سؤالاً مثل:

هل تخاف من مواجهة الجمهور والتحدث إليه ....

يجاب على كل سؤال منها على مقياس من 5 درجات يبدأ مـن الصفـر (لا ، مطلقاً) حتى 4 (دائماً ، طول الوقت) ومعاملات ثبـات القائمـة كشـفها ويلوبـي تتراوح ما بين 80 ٪ إلى 90 ٪ في حالـة الاتسـاق الداخلـي و 89 ٪ للاختبـار إعـادة الاختيار وللمقياس صدقاً مقبولاً .

4- قائمة كورنيل الطبية

وهي من الأدوات الأخرى لمسح المشكلات كمساندة للمقـابلات الشـخصية للمرض ، وقد استخدمت في البيئة العربية وتعطى مسحاً سريعاً لعـدد متنـوع مـن المشكلات الطبية والنفسية وتتكون في صورتها العربية مـن 82 بنـداً لهـا معـاملات ثبات وصدق مقبولة بشكل عام .....

خصائص العلاج النفسي وأهدافه

يقوم الإكلينيكي بكافة أنواع العلاج النفسـي لمسـاعدة العميـل علـى تخطـي مشكلاته ويعرف (ولبرت) العلاج النفسي بأنه :ـ

علاج المشكلات ذات الطبيعة الانفعالية يحاول المعالج النفسي المدرب أن يقيم علاقة مهنية للمريض لغرض استبعاد أو تحديد أو تأجيل ظهور أعراض موجـودة أو أنماط شاذة من السلوك ، الغاية التوصل إلى نمو إيجابي للشخصية .

هنالك تعريف افروهو، تعريف روتـر 1972 م .. الـذي يشـير إلى أن العـلاج النفسي هو النشاط المخطط الذي يقدم به السيكولوجي هادفاً منه إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته أسعد واكثر بنائية أو كليهما معاً .

أهداف العلاجات النفسية :ـ

الأهداف الرئيسية العلاج النفسي والتي تنتمي للمناهج الفردية منه وهي مـا يأتي :ـ

1- تقوي من دوافع المسترشد لعمل ما هو صائب ، ويـرى سـاندبير وزمـلاؤه عـام

1973م أن هذا الغرض من أقدم أغراض العلاج النفسي التي ظهرت قبل ظهور علم النفس الإكلينيكي الإيحاء ، والتنويم المغناطيسي والنصائح المهنية التي كان يقدمها الأطباء القدماء إلى مرضاهم جميعها تهدف إلى تغيير تبصير الشخصي لسلوك طريقة معينة تعد لائقة وصائبة .

2- إطلاق الانفعالات وتيسير التعبير عن المشاعر :

العلاج النفسي خبرة انفعالية ويرى علماء التحليل النفسي إذا لم يصاحب العلاج النفسي أو يتخلله مشاعر الغضب والقلق والدموع لا يعد علاجاً نفسياً بالمعنى الدقيق .

3- إطلاق إمكانيات النمو والتطور :

يبلور المعالجون هدفهم الرئيسي من العلاج على فكرة تشجيع الفرد على الإبداع والتفتح للخبرات الداخلية والخارجية وتسيير القدرة على اتخاذ القرارات وشجاعة التغيير والنمو ليكتشف أهدافه وإمكانياته اللانهائية على النمو والتطور لشخصيته ويحاول المعالجون النفسيون من خلال الكشف عن العراقيل القديمة والراهنة في حياة الفرد والتي تتعارض مع نمو وإعانة الفرد على اكتشاف ما ينطوي عليه المستقبل من إمكانيات هائلة ، لذا يرى كل من كارل وروجرز ومن قبلهم "يونج " اللذان يتبنيان المنطق النظري على نمو الشخصية بصفته عملية ديناميه لا تتوقف مهما بلغت الخبرات السابقة من سوء ، عليه يعتقدون أصحاب هذه النظرية التطورية أن هدف العلاج النفسي الرئيسي يتمثل في اكتشاف السبل المؤدية إلي سير عملية النمو للأفضل والأحسن وليس خلف شيء جديد أو إقامة أهداف جديدة للفرد قد لا تنسجم مع تكوينه .

4- تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة :-

يعتقد بعض المعالجين النفسيين أن العلاج النفسي الناجح يعلم الفرد كيف يفكر تفكيراً صحيحاً بالتالي يتصرف بطريقة ناجحة كما يجب أن يكون العلاج النفسي مصحوباً بتحسن بطريقة تفكيره والتغير فيها، لذا فأن كل أساليب العلاج النفسي كشفت عنها الدراسات الحديثة بما فيها العلاج البايولوجي القائم على

استخدام العقاقير تعتمد في نجاحها على عوامل معرفية مثل :

توقع بعض المكاسب العلاجية والاتجاه الفكري نحو العلاج والمعلومات التي يحصل عليها الشخص عن بعض الأمراض كالقلق أو الاكتئاب وقدم أصحاب هذا الاتجاه أساليب جيدة ومبتكرة للمساعدة على معرفة الأنماط الخاطئة لدى المريض واستبدالها بأساليب أكثر ملائمة والصحة النفسية .

5- المعرفة بالذات .

المعالج النفسي يعرف مريضه بذاته بالمعنى العام ويحدد له أهدافه ويساعده على اكتشاف جوانب القوة والضعف ويبين له ميوله المهنية واحتياجاته بالاعتماد على الاختبارات والمقاييس وتجعل نظرية التحليل النفسي من أهدافها منح المريض استبصاراً أي المعرفة بالعوامل اللاشعورية التي تحكم سلوكه وتوجهه وجهات غير مرغوبة .

6- تغير العادات المرضية :

من أهداف العلاج النفسي هو مساعدة المريض على تكوين عادات جديدة وجيدة من خلال مبادئ التعلم وينتمي لهذا الاتجاه أصحاب النظرية السلوكية الذين اغنوا العلاج النفسي بكثير من المبادئ والأساليب العلاجية التي تعتمد على نظريات التعلم .

7- تدريب المهارات الاجتماعية : العلاقات بين الناس :

وتؤكد على ذلك النظريات العلاجية إذ ترى هذه النظريات أن مصدر الاضطراب النفسي والعقلي هو اضطراب علاقة المريض بالأشخاص المهمين في حياته ويجد أصحاب هذا الاتجاه أن التغيرات المبكرة من العمر تعد شديدة الأهمية في تحديد أنواع الاضطرابات في العلاقات الاجتماعية وأثارها على مستقبل الفرد لذا فإن من أهم أهدافهم هو الكشف عن الجوانب السلبية في العلاقات الاجتماعية وبالتالي علاجها ، ومن ثم ابتكار الوسائل التي تساعد على أساليب الاتصال الفكري والوجداني بين الناس وساهم أصحاب هذا الاتجاه في تطوير خيارات العلاج الجمعي الذي يسمح للمريض بإقامة علاقات جديدة ويلاحظ

أساليبه في التعامل والتفاعل ويستمد العون من الجماعة لمعرفة أخطائه في السلوك والتفكير وبالتالي ينمي مهاراته الاجتماعية .

العوامل الفعالة المشتركة بين مدارس العلاج :-

هنالك بعض الحقائق المشتركة تميز العلاج النفسي الناجح مهما كان انحيازه النظري نجملها فيما يأتي :-

1- الاهتمام بالعلاج الشخصي - الداخلي للفرد :-

إن جميع أشكال العلاج النفسي وعلى مختلف المدارس تحاول الاهتمام بالشخصية وتحسين أساليب الفرد ومشاعره ودوافعه وتوقعاته والمعالجون النفسيون حتى وهم يدركون تأثير البيئة الخارجية فانهم يعلمون أحياناً أن تغير البيئة لتحقيق العلاج قد يكون أمراً مقدراً ، لهذا فان كل نظرية من نظريات العلاج النفسي تحاول إن تقدم الفنيات المهنية . لتعديل سلوك الشخص ذاته أو تحسين أساليبه في الاتصال بالبيئة حتى يتمكن من إقامة علاقات ممكنة بين الفرد وبيئته الخارجية .

2- الكفاءة المهنية :

ان العوامل الخاصة بشخصية المعالج كالدفء والتعاطف والحنان تعد من العوامل الإنسانية في عملية العلاج النفسي ، لكن الكفاءة المهنية والمهارة وحتى التدريب تلعب أدواراً سديدة في نجاح العلاج -عليه فان التمحيص في هذا المجال المتداولة مهنة العلاج النفسي وفي الكثير من الدول المتقدمة تشترط كثير من عوامل الخبرة والتدريب والإلمام النظري والأكاديمي بالمعرفة النفسية والاجتماعية فضلاً عن وعي الذات ، لذا نرى الكثير من المرضى لا يتجهون للعلاج النفسي لمجرد وجود معالج دافئ ومتعاطف ولكنهم يبحثون إضافة إلى ذلك عن شخص كفوء وخبير ، لذا كشفت الكثير من الدراسات أن التوقعات التي يكونها المرضى عن كفاءة المعالج ومهارته وخبرته تلعب دوراً هاماً في نجاح العلاج النفسي في جميع مدارسه .

3- التخفيف من مشاعر القلق لدى المريض :-

من الشروط المهمة والأساسية والرئيسة للعلاج النفسي بما فيها طبيعة العلاقات الشخصية مع المعالج النفسي والمحافظة على أسرار المريض بشكل يمكنه

من احتمال مشاعر القلق وإعطائه خطط القـدرة علـى مواجهـة مصـادر المشـكلات وخططه العلاجية في المستقبل بأقل قدر من التوتر والصراع ولكن القلـق الشـديد لدى بعض المرضى يدفع الأطباء النفسيين بإعطاء عقاقير مهدئة لمرضاه عندما تفشـل الوسائل العادية لتخفيف حدة القلق ونؤكد أن هذه العقاقير وسـيلة مـن الوسـائل المؤقتة وليست حلاً نهائياً للمشكلات ولذلك يجب أن يصاحب استخدام العقاقـير دائمـاً العـلاج النفسـي وان يكـون المعـالج النفسـي مسـلحاً بكثـير مـن الوسـائل والطرائق والمهارات التي تساعد على تخفيـف حـدة القلـق علـى مرضـاه ، وبصـورة متوازنة تسمح بإثارة مشاعر الاطمئنان في التعامل مع مصادر التهديد ، لكن دون أن تفقد الدافع تماماً في التعامل مع هذه المصادر المهددة

4- إقامة علاقة وثيقة بالمرض كوسيلة للتغير الإيجابي :

هذا المبدأ من المبادئ الرئيسية في نظرية التحليل النفسي ، ولكن يجـب ان لا تزداد هذه العلاقة بصورة انفعالية تجعل المعالج عاجزاً عن الرؤية الموضوعية لمشـكلة المريض وخصائص البيئة ، وعليـه فـان الكثـير مـن الطـلاب المبتدئـين في العـلاج النفسي غالباً ما يتبنون هذا المبدأ بصـورة انفعاليـة لا تجعلـهم عـاجزين عـن إدراك مشكلات المريض بل قد تكون وبالاً عليه بسبب ما قد تتحول هذه العلاقة التبعيـة لمعالج وعجز عن الاعتراف بالأخطاء وازدياد المعتقدات والهواجس الخاطئة .

5- إعطاء تفسير أو توضيح لأسباب المشكلة ومصادرها :

يرى (ياربيلد) أن غالبيـة مـدارس العـلاج النفسي تحـاول أن تعطـى المريـض تفسيراً أو بعض التفسير لمرضه وتكشف له عن العوامـل الممكنـة المسـؤولة عـن حالته وأسلوب العلاج الذي ينجح في شفائها ، ومن ثم يسـتطيع المريـض أن يبنـى منطقاً متسقاً يفسر له أسباب ما يتملكه من مشكلات أو أعراض ويرسم لـه صـورة منسقه مما يصلح لعلاجه بشكل يدعم إمكانياته الشخصية وانتقالاً إلى تنفيـذ خطـة الأداء.

6- منح المريض الأمل بالتغيير الإيجابي :

وقد أشار إلى هذه الخاصية فرانك عـام 1962 م موضحـاً إنـها مـن العوامـل

الرئيسية المشتركة بين كافة أشكال العلاج النفسي ، فمعرفة مشكلات المريض ووعيه بها وقدرته على تفسيرها من خلال عمله وقدرته على قيادة مريضه نحو وجهات علاجية بناءة تخلق جميعها الأمل لدى المريض . لان مشكلته قابلة للحل وأنه في أيدي أمينة ، مما يتيسر تطور إمكانياته على التحسن في مشاعره وسلوكه .

1- الاهتمام بالعالم الشخصي - الداخلي - للفرد .

2- الكفاءة المهنية

3- التخفيف من مشاعر القلق لدى المريض .

4- إقامة علاقة وثيقة بالمريض كوسيلة للتغيير الإيجابي .

5- إعطاء تفسير أو توضيح عن أسباب المشكلة ومصادرها (جاريلد) .

6- منح المريض الأمل بالتغيير الإيجابي (فرانك)

بعض فنيات العلاج النفسي

من الفنيات التي يشيع استخدامها في مختلف أشكال العلاج النفسي لمساعدة المريض على تحقيق أهداف العلاج هي ما يأتي :

1- التداعي الطليق (الحر) د

استخدم بالمنهج التحليلي لفرويد وفيها ينطلق المريض في الحديث عن أي شيء وفي كل ما يطرأ في ذهنه بأن التداعي الحر في هذا المجل ليست بالأمر السهل على المريض أن يفعل كما يبدو ويطلب من المريض أن لا يكون كمن يقوم بمراقبة ما يقول ، وينطلق بالحديث بحريه كاملة دون زخرفة وتنمية واختيار موضوعات لائقة بدلاً من موضوعات كما يعتقد المريض بأنها غير لائقة ويعتبر فرويد أول من ابتكر هذا الأسلوب - أن تحرير المرضى من صراعاتهم الداخلية ومن اللاشعور ومن ثم تحريرهم من الأعراض المرضية والاضطرابات الانفعالية والنفسية ومن خلال التداعي الحر والطليق ومن التقيد يستطيع الطبيب المعالج والمريض أن يكتشف العوامل العميقة والأسس اللاشعورية المسؤولة عن ظهور المشكلات بصورها المختلفة .

2- التفسير:

ينظر من الناحية الفنية إلى التفسير بصفة عملية إذ يتكون من أربع مراحل وهي:

1- المرحلة الأولى : الأسئلة المباشرة :

تساعد المريض على الانتباه لوجهات نظر جديدة أو معاني مختلفة مثل :

كيف هي استجابة أبوك لنجاحك؟

هل فضلت أن تلتزم بالصمت

ما الذي فعلته بعد ذلك .

2- المرحلة الثانية : تعتمد طلب التوضيحات :

الهدف منها التركيز على مجالات الحديث لفتح الباب لإدراك جديد لتصرفات المريض السابقة.

3- المرحلة الثالثة : استخدام طريقة التعجب والاستغراب :

يهدف تدعيم موضوع معين أو تشجيع الاستغراق في الحديث ويكون على شكل لفظي .

4- المرحلة الرابعة : من المراحل الممهدة للتفسير (المواجهة) :

من خلال يمكن مساعدة المريض على وضع تفسير جديد للربط بين مجموعة من الأحداث تساعد على الاستبصار الدقيق للمشكلات .

- بعد ذلك تأتي المرحلة النهائية التي من خلالها يمكن تعريف المريض ومواجهته بما يدور في شخصيته لم يكن يدرك صلتها في إثارة مشكلاته .

5- إعادة صياغة الأحاسيس الانفعالية .

من الأساليب التي ابتكرها « كارل روجرز » الذي يرى أن هذه الفنية من الفنيات المهمة التي تساعد المريض على إعطاء صورة مطابقة لمشاعره قد يمكن بعدها الابتعاد تدريجياً عن الصراعات التي تعوق ذاته ، لذا فان المعالج يحاول إعادة صياغة الإحساس الانفعالي وليس مجرد إعادة صياغة محتوى الحديث نفسه .

5- اللعب العلاجي :

ان مدرسة العلاج الجشطلي وبتأثير من فيردريك بيرلزتم استخدمت فنيات من اللعب خلال جلسات العلاج الهدف منها إحساس المريض بالحاضر وزيادة إمكانيته على مواجهة الإحباط والفشل ، ومن أمثلة هذه التمارين .

أ- اللمس والاحتكاك البصري ، قد يقوم المرضى بشكل متعمد بلمس الآخرين والنظر في عيوبهم لفترات طويلة لتمكنهم من التعبير عن المشاعر والأحاسيس

ب- إضافة جملة بعد كل عبارة كأن يطلب من المريض أن يطبق جملة تدل على الإحساس بالمسئولية مثل: في نهاية كل عبارة يهدف تقوية الإحساس بالمسؤولية.

ج- تمثيل أدوار وتشكيل الجسم والصوت بحيث ينقل انفعالات متنوعة بهدف تدريب الثقة بالنفس والمرونة في السلوك .

د- بعض الأحداث الماضية أو الحاضرة التي حدثت للمريض ، إذ يرى الجشطالتية أن مشاعر الإحباط والتوتر وكل الانفعالات الغير صحيحة التي لم تكتمل أو تفشل مشاعره لدى الناس ، لذا يطلب من الشخص إكمال مشاعره نحو هذه الأشياء بتذكر بعض الأحداث الماضية أو الحاضرة ويطلب منه ان يفهمها بالتخيل او التمثيل في تيسير مشاعر المريض بالتعبير عن مصادر الإحباط والفشل .

مفهوم العلاج النفسي Psychotherapy

العلاج النفسي بمعناه العام نوع من العلاج تستخدم فيه طرق نفسية من أجل علاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة نفسية وجدانية وتؤثر في سلوك المريض تأثيراً سيئاً يؤدي إلى اضطراب شخصية . وعدم قدرته على التكيف .

وهناك مفهوم أيضاً لعلم النفس العلاجي :

هو أحد ميادين علم النفس من المعارف والمهارات التي تستخدم في مساعدة المرضى الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو عقلية وذلك لتحقيق توافق أفضل ويتضمن تدريباً وممارسة في التشخيص والعلاج والوقاية . (هوارس ، وافارنجليش English and English 1958)

ويعرفه مصطفى فهمي 1967

هو ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذي يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجه ليستعين بوسائل علمية ، وذلك العلاج في العيادة النفسية .

هو تطبيق للطريقة العلاجية . تشخيصاً . وتنبؤاً وعلاجاً (لويس كامل ملكية 1977)

هو فرع من فروع علم النفس يعني بتشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها (فلخر عاقل 1977)

هو الميدان التطبيقي للمبادئ النفسية التي تهتم أساساً بالتوافق النفسي مساعدة الفرد في العيش في سعادة وأمن (جوليان رونز 1977 ترجمة هناء نجاتي)

هو بأنه العلم الذي يدرس الاضطرابات الانفعالية والفكرية ويشتمل تشخيص المرض والعلاج والبحث (1978 عبد المنعم الحفي) هو أحد فروع علم النفس ويهتم بالاضطرابات النفسية وعلاجها وذلك عن طريق العيادات المتخصصة لعلاج وإرشاد الأطفال (أحمد زكي 1978)

هناك طريقة أخرى تسمى طريقة العلاج الغير موجه أو طريقة المتمركز حول المريض وتشتق هذه الطريقة من نظرية كارل رورجرز في الشخصية وتودي نظرية روجرز في الشخصية إن الاضطرابات تأتي من فشل المريض في تكوين المفهوم ولذلك يأتي العلاج عن طريق إعادة الشخص لمفهومه الإيجابي والعملي عن ذاته ولنجاح العلاج يجب أن تتوفر فيه شروط وهي وجود اتصال بين المعالج والمريض ويجب أن تكون هناك بعض مشاعر القلق التي يعاني منها المريض وأن يكون هناك فرق كبير بين صورته عن ذاته وبين الخبرات الواقعية التي يمر بها (فيصل 1974)

وقد يصعب وضع تعريف كلي وشامل لهذا المصطلح ومع ذلك فإنه يمكن أن نطرح بعض التعريفات على المعنى النفسي ووسائله المستخدمة :ـ

- العلاج النفسي بمعناه النفسي العام ـ هو طريقة علاجية للاضطرابات النفسية أو الجسدية - المعنى الضيق للعلاج النفسي ـ إن التحليل النفسي يعارض

أشكالاً مختلفة من العلاجات - تحت اسم العلاج النفسي التحليلي يمكن القول بأنه هو الطريقة التي تستند إلى المبادئ النظرية وتطبيقها.

ويمكن القول هو الطريقة التي تستند إلى المبادئ النظرية وتطبيقها.

ويمكن تعريف العلاج النفسي هو اصطلاح عام يطلق على الكثير من الوسائل النفسية التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية والعقلية.

*** تاريخ علم النفس العلاجي**

يعتبر علم النفس العلاجي علماً حديثاً وهو لا يزال في دور النمو والتطور ولقد تأثر في نشأته بمجالين هامين :-

1- دراسة الاضطرابات النفسية والتخلف العقلي.

2- دراسة الفروق الفردية وإنشاء الاختبارات النفسية لقياسها.

ولقد مر علم النفس العلاجي بمراحل متتالية قبل الحرب العالمية الثانية وإثناءها وبعدها وبدأ علم النفس العلاجي في ممارسات المعالجين النفسيين والأطباء الفرنسيين والألمان في محاولاتهم لتصنيف الشذوذ العقلي. وفي دراسة الفروق في انجلترا وأمريكيا.

وقد اهتم علم النفس العلاجي في أول الأمر بوضع وتطبيق الاختبارات لأغراض التشخيص وفي (الثلاثينات) من القرن (العشرين).

حدث تحول عام في اهتمامات المعالجين النفسيين وأوجه نشاطهم وهي :(عبد الخالق 1991)

1- من الاهتمام الرئيسي بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق للكبار.

2- من الاهتمام بتصنيف الشذوذ العقلي مع إبراز مهمة المعالج النفسي كمطبق للاختبارات ومفسر لها إلى الاهتمام بالعلاج النفسي (إجلال محمد يسرى . 1990 في جوليان 1977)

يرتبط نوع العلاج المستخدم لشفاء الاضطرابات النفسية والعقلية بالسبب المفترض لها فعندما كان يعتقد إن المرضى قد أصابهم مس من الشيطان تلخص

العلاج في محاولة التخلص من الشياطين وكان عن طريق أداة تدعى ((منشار الجمجمة)) كل ذلك لإخراج الأرواح الشريرة المحبوسة بالداخل ويمكن القول بوجه عام إن علاج السلوك الشاذ في العصور الوسطى قد اتسم بالقسوة باستثناء العصور الوسطى الإسلامية (حلمي 1990)

وقد نشأت أول مصحة في لندن عام 1547 تحت اسم مستشفى بشلام Bethlehemحيث كبل المرضى بالسلاسل .

وانتشرت فكرة المصحات من إنجلترا إلى أوروبا ثم أمريكيا بعد ذلك تولت الإدارة والسجون علاج مرضى العقول ومنذ عهد قريب في بداية القرن الماضي في الولايات المتحدة كان العقليون يعالجون أحياناً عن طريق تحطيم إرادتهم وإحدى هذه الطرق وضع المريض في صندوق يشبه التابوت مزود بفتحات يدخل منها الهواء ثم يغمر في الماء حتى ظهور فقاعات الهواء وبعد ذلك يخرج الصندوق وتبذل محاولة لإعادة المريض إلى الوعي . (مفتاح 2001)

مسائل العلاج النفسي

1- تطور حركة العلاج النفسي

هناك تطورات في العلاج النفسي أخذت سبيلها عن طريق التطور في الطب كما أخذ العلاج النفسي الحديث سبيله عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك وهو المنهج الذي يعتمد في علاجه للسلوك المضطرب على أساس من نظرية التعلم.

1- نظرة المجتمعات القديمة للأمراض النفسية وعلاجها لقد كان الاعتقاد السائد في المجتمعات القديمة نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر في الإنسان تأثيراً ملحوظاً وكان هذا الاعتقاد يتصور وجود أرواح لها القدرة على أن تنفذ إلى الجسم البشرى . إن تفكير القدامى وما انطوى عليه من طقوس وشعوذة هذا النوع من العلاج عرفته مجتمعات الفراعنة إلى أن جاء الطبيب الفرنسي PINEL الذي استطاع أن يحدث تغير ملموساً من طبيعة المعاملة السيئة التي كان يلقاها المرضى وتبعه في ذلك الطريق الطبيب العقلي أسكيرول .

2- الاتجاه العضوي ORGANIQUE

قام هذا الاتجاه على التفسير العضوي للمرض العقلي ورأى أن أسباب المرض العقلي يقوم على اضطرابات في المخ ولقد مثل هذه الاتجاه كل من موريل morel ومانيون magnon .

أما العالم كريبلين kraoplin وضع الطب العقلي في الإطار الطبي.

ولقد ساد هذا الاتجاه الطبي للمرض النفسي بقوانين المرض الجسمي وساد الاتجاه بأن كل مرض عقلي مثله في ذلك مثل أى مرض جسمي.

3- اتجاه التحليل النفسي Psychanalytique

لقد قدم فرويد نظاماً جديداً في تفسير نشأة الأمراض النفسية العقلية وينظر فرويد إلى المرض النفسي على أنه نتاج لعدد من الصدمات النفسية التي تكونت في الفترات الأولى المبكرة من حياة الفرد لقد قدم التحليل النفسي آفاقاً ومفاهيم جديدة إلى علم النفس عامة والعلاج النفسي خاصة كما أمكن للتحليل النفسي أن ينقل محور الاهتمام بالاضطراب النفسي من وجود خلل عضوي وعلى الرغم من الاعتراضات العديدة التي وجهت لنظرية التحليل النفسي أصبحت فيما بعد الأرضية الصلبة التي قامت عليها كثيراً من الطرق في المعالجة المستوحاة من التحليل النفسي وغير المستوحاة من التحليل النفسي.

4- الاتجاه السلوكي في العلاج Comportementale

يعتبر بافلوف PAVLOV مؤسس المدرسة السلوكية في علم النفس وبشكل عام تصورت المدرسة السلوكية الحديثة أن كافة الأمراض النفسية ما هي إلا استجابات وعادات شاذة تكتسب خبرات خاطئة وقد استطاعت المدرسة السلوكية المبنية على نظرية التعلم الحديثة أن تقدم تفسيرات معينة للأمراض النفسية وإزالتها عن طريق إعادة جوانب من السلوك الكيفي بوسائل عديدة من العلاج السلوكي.

1- اتجاه الفيزيوكيمائي أو استخدام العقاقير في العلاج

بدأ استخدام العقاقير pharmacology في علاج الأمراض العقلية منذ 50

عاماً والذي أصبح أكثر الأساليب انتشاراً في المستشفيات وداخل المصحات العقلية لما تحدثه من تغيرات فيزيولوجية تساعد على شفاء المرضى وقد أصبحت العقاقير ترمز إلى التقدم العلمي من حيث أنها تهدف إلى الوضع الصحي وقد تطورت أنواع العلاج بالعقاقير حسب الأعراض والأمراض ونجد أن العوامل العضوية تلعب دوراً هاماً في نشأة الاستعداد للاضطراب العقلي أن كثيراً من الدراسات والممارسات العملية تبين أن فاعلية أساليب العلاج السلوكي أو العقاقير تكون محدودة ما لم تصحبها أساليب أخرى من التوجيه والتربية .

أهداف العلاج النفسي

أن العلاج النفسي الحديث ليس جديداً فكثير من أهدافه عرفها الأجداد (1) وفي الوقت الحاضر الصديق الذي يرشد صديقه بصورة من الصور ومعنى من المعاني إن العلاج بالعقاقير والعلاج النفسي كلاهما يحاول أن يستعيد التوازن الانفعالي في الشخص الآخر كذلك فإن إسداء النصح قائم على أساس المعرفة الفطرية وأن العلاج النفسي المنهجي ما هو إلا تطبيق منظم وواع لتلك المناهج التي نؤثر بها نحن على غيرنا من الناس ومعظم إجراءات العلاج النفسي العلمي للمرضى المضطربين جداً تتم في المستشفيات . أما الغالبية الكبرى من المرضى الذين يعانون من العصاب النفسي (العيسوي 1984)

بعد هذه المقدمة الضرورية نتساءل عن الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها العلاج النفسي ؟

بصورة عامة يسعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج Maturity والكفاءة وتحقيق الذات Self actualize attain ويتحقق ذلك غالباً عن طريق المرور بالعمليات الآتية :

1- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه .

2- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.

3- زيادة قبول الفرد لذاته .

4- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل .

5- تقوية عامة للذات الوسطى وبنائها عن طرق الملائمة والشعور بالأمان .

ولكن بالطبع هذه الأهداف ليست سهلة التحقيق ذلك لأن منظور الشخص للبيئة ولذاته يصبح مضطرباً نتيجة لخبرات طويلة جداً . هذه الخبرات التي قد تكون على امتداد ما يزيد عن العشرين عاماً وعلى كل حال هناك بعض العوامل التي تساعد المعالج النفسي في البلوغ لهدفه . من ذلك وجود دافع داخلي عند المريض نحو التكامل ونحو التمتع بالصحة الجسمية والنفسية . وإن معظم المرضى النفسيين يشعرون بالقلق وبالتعاسة وبهبوط الهمة شغوفون للتعاون في أي برنامج يؤدي إلى تحسين تكيفهم الشخصي . ومن هذه العوامل أيضاً تلك العلاقة الشخصية الفريدة التي تتصف بالدفء والود والتي تقوم بين المعالج والمريض . علاقة الصداقة والتسامح هذه تساعد المريض على الكشف عن صراعاته العميقة ومشاكله الصعبة دون أن يخاف الرقيب أو من الانتقام كذلك الشخص المتألم يحتاج إلى تعضيد انفعالي كذلك الذي نمنحه إياه عن طريق السماح له بالاعتماد علينا والاستناد إلينا . كذلك فإننا نعلم علماً حدسياً بأن الشخص الذي يغمره التهديد والخوف من موقف خطير لا يستطيع أن يستخدم ملكاته الاستدلالية بكفاءة ولذلك فإننا نهدئ من روعه بإعطائه تعضيدنا وعندما نناقش معه الموقف موضوعياً فإننا نعيره إمكاناتنا الاستدلالية وبهذا فإننا نكون قد مارسنا مزيجاً من العلاج التعضيدي والتبصري Portiwand and insight Therapy . su إن العلاج النفسي المنهجي ما هو إلا تطبيق منظم وواع لتلك المناهج .

"الأمراض النفسية والعقلية عند ابن سينا ومقابلاتها الحديثة ، بحث للمؤلف قدم لمؤتمر الحضارة العربية بين الأصالة والحداثة" .

1- العلاج النفسي : أهدافه ومسائله:

ما هي أهداف العلاج النفسي؟

ما هي وسائله المستخدمة وإجراءاته العلمية ؟

a. أهداف العلاج النفسي

يهدف العلاج النفسي إلى مساعدة الفرد على الوصول إلى درجة مناسبة من التوافق الشخصي والاجتماعي وهناك عدد من الشروط لتوافر التوافق أهمها :-

1- أن يزداد تقبل الفرد لذاته .

2- أن يزداد شعور الفرد بالأمن .

3- يستطيع أن يواجه أنواع الصراع التي يتعرض لها .

4- يكتسب الفرد أساليب أكثر فعالية لمواجهة البيئة .

5- لأبد أن تكون لديه القدرة على مواجهة دوافعه ونزعاته .

ومن أهداف العلاج النفسي أيضاً :-

1- نمو الشخصية :- تنمو شخصية الفرد نمواً مستمراً بما يتميز به من خصائص ذاتية ترجع إلى ما يتعرض له الفرد من عوامل وراثية وبيئية وتعرض للفرد المشكلات التي تعوق النمو النفسي .

2- التوافق النفسي :- هو توافق الفرد مع ذاته ومع الآخرين شخصياً ومهنياً وأسرياً واجتماعياً .

3- الصحة النفسية :- يتمثل ذلك في تحقيق الصحة النفسية للفرد والمجتمع (مصطفى أحمد فهمي 1967)

b. مسائل عامة في العلاج النفسي

يحدد شنيندر schneider مسائل أساسية في العمل العلاجي ويقدم صورة في القضايا التالية

1- نتيجة لعدة اعتبارات لا نستطيع أن نعالج فرداً علاجاً نفسياً ما لم يعترف هو نفسه بمرضه.

2- الاضطرابات لها صلة مع الصراع المتدخل .

3- الصراعات النفسية الداخلية لا تجد لها حلاً .

4- لكي تبدأ عملية العلاج النفسي يتعين على المريض أن يكون حاملاً لخصائص معينة.

5- يتطلب العمل العلاجي وضع حد للعلاقة .

6- في العلاج النفسي فإن إيصال المادة الشعورية اللاشعورية تتم بواسطة الكلام .

7- العلاقة العلاجية التي تعبر عن نفسها بواسطة الكلام واللغة ليس لها من معنى.

8- أن الهدف البعيد للعلاج النفسي هو أن يجعل المريض أن يكون قادراً على حل الصراعات بنفسه .

*** خطوات العلاج**

1- خلق جو وعلاقة :-

- إعداد حجرة العلاج أو مكتب الطبيب بحيث يكون هادئاً ومناسباً لإجراء المقابلة أو المناقشة.
- يعتنق المعالج اتجاهاً ودياً فيه قبول وتسامح للمريض وآرائه .
- ينمي الشعور بالثقة في المريض لكي يشعر بالأمان أمام الإفصاح عن مشاكله الحقيقة .
- تحديد الوقت والتكاليف والمسؤوليات .
- يجلس الطبيب والمريض وجهاً لوجه ويدير المعالج المناقشة أو المقابلة .

2- الارتياح الانفعالي أو التنفس الانفعالي :-

- التعبير اللفظي أساسي في فاعليات العلاج النفسي .
- يخرج المريض هذه الانفعالات من فوق صدره فإن التوتر والصراع المرتبط به يسدان الطريق نحو تحقيق التكيف السليم .
- يمهد الطريق نحو الاستبصار والإجراءات لحل مشاكل المريض .

للمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الانفعالية هناك عدة أساليب منها الأسئلة والتفسير والتداعي الحر .

3- عملية الاستبصار : -

تصبح صراعات المريض الانفعالية ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل فإنه

تلقائياً يكتشف قدراً كبيراً من الفهم في دوافعه وسلوكه فلأول وهلة يدرك أن مستوى طموحه عال علواً غير منطقي وأن هذا يجعله يشعر دائماً بعدم المواءمة وبالنقص هذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من المعالج وتقديم لبعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي.

4- إعادة التعلم الانفعالي :-

من العمليات التي تساعد في شفاء المريض إعادة تعلمه انفعالياً Emotional education وتقضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض وتعلمه عادات أخرى إيجابية واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله ولكن إعادة التعلم عملية طويلة وشاقة وبطيئة وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفر التعبير عن عداوته بأسلوب مقبول اجتماعياً وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل لأن الضغط يولد الانفجار ومن شأن هذا التعلم الجديد أن يؤدى إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس.

5- توقف العلاج :-

عندما يكون التكيف الشخصي انفعل عندئذ يصبح على العلاج النفسي أن يتوقف ويصبح هذا التوقف سهلا إن كان المريض يشعر بالثقة بنفسه وهكذا إن عملية العلاج مهما اختلف اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي وإتاحة الفرصة لإخراج الطاقات الانفعالية ويمكن أن يحدث هذا التفريغ أو التصريف الانفعالي وكذلك الخبرات التصحيحية أو التعليمية خلال المقابلات وقد يحضر المريض جلسة واحدة مدتها ساعة في اليوم لمدة خمس أيام في الأسبوع كما يحدث في التحليل النفسي أو يحضر مرة واحدة كما هو الحال في العلاج الكهربائي.

* دور العلاج النفسي :-

يستطيع أن يلعب دوراً في علاج المصابين بالجروح الدماغية التخفيف من الشعور باليأس ولقد أبتكر بعض العلماء وسيلة لعلاج الجلطات المخية تتكون من ثلاث مراحل المرحلة الأولى يتقابل المرضى الذين ما زالوا نزلاء بالمستشفى وباستمرار هذه الجلسات تبين أن هؤلاء المرضى لديهم كثير من الفهم حول وظائف

الدماغ . وبعده تمر هيئة التمريض بكثير من الحالات التي ترفض الاعتراف بـالمرض من مرضى التدمير الدماغي .

في هذه الجلسات المبكرة تقضي هيئة التمريض معظم وقتها في التعـاطف مـع المرضى وتقديم المعلومات الطبية إليهم ويشجعون المرضى بلطف علـى أن يكونـوا أكثر واقعية مع مظاهر عجزهم ومهمة العلاج النفسي تحرير الليبدو من الجمـود أو التثبيت الذي تعرضت له لكي تسير الليبدو من الجمود أو التثبيت الذي تعرضـت له لكي تسير الليبدو في طريقها الصحيح نحو النضج الجنسي .

دور المعالج النفسي :

هو شخص (بسيكولوجي) وله قدرته على التكيف علمياً وعملياً وفنياً يقوم بإزالة الأعراض المرضية الموجودة أو التخفيف منها مع مسـاعدة المريـض علـى حـل مشكلاته وتحقيق التوافق مع بيئته ومساعدته على تنمية شخصية ودافعها نحو النمو النفسي والصحي .

والجدير بالذكر إن العلاج النفسـي لم يعـد مقصـوراً علـى إزالـة الأعـراض المرضية التي يشكو منها المريض . بل إنه تطور بحيث أصبح العلاج النفسي يتضمن معالجة الاضطرابات الشـخصية المختلفـة ((الأسـاس الـذي يعتمـد عليـه العـلاج النفسي هو إن الاضطرابات النفسية عبارة عن سوء تكيف يرجع في أسبابه العميقة إلى العوامل النفسية والوجدانية)) .

والجدير بالذكر إن عبارة العـلاج النفسـي لا يقصـد العـلاج المنصـب علـى النفس مع إن الغرض هو العلاج بواسطة النفس سواء كان المعالج بفتح " الـلام " هو النفس أو الجسم . كما إنه لا يقصد عبارة نفسي " الـذات " إذ ليـس الغـرض هو علاج الإنسان نفسه بنفسه ويعتبر مصطلح العلاج النفسي أفضل من مصطلـح الذي أستخدمه القدماء بهذا الخصوص وهو ((شفاء النفس))

*** مجالات علم النفس العلاجي :**

لعلم النفس العلاجي ثلاث مجالات رئيسية :-

1- الدراسة النظرية وتشمل دراسة الشخصية ، والأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك والعلاج النفسي .

2- الدراسة التطبيقية وتشتمل على دراسة الحالة وتاريخها وإجراء الاختبارات الشخصية .

3- العيادات النفسية وتشمل على تنظيمها الهيئة التي تعمل بها وإجراءات العمل وأخلاقيات العمل . (مصطفى أحمد فهمي 1967)

أساليب العلاج النفسي :

تتنوع الأساليب في العلاج متعدد الوسائل حيث يمكن استخدام أكثر من وسيلة وأكثر من طريقة :

1- الجانب السلوكي B

2- الجانب الوجداني A

3- جانب الإحساس S

4- جانب التخيل I

5- الجوانب المعرفية G

6- العلاقات الشخصية I

7- العقاقير D

*** أهداف الإرشاد أو العلاج :**

1- تغير السلوك إلى سلوك إيجابي وفعال .

2- تغير المشاعر إلى مشاعر إيجابية .

3- تغيير الأحاسيس السلبية إلى أخرى إيجابية .

4- تغيير الصور العقلية إلى صور إيجابية وبصفة خاصة للمواجهة .

5- تغير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية وتصحيح الأفكار الخاطئة.

6- إكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية .

7- المساعدة في تحسين الجوانب البيولوجية .

*** تلخيص موقف فرويد بصدد العلاج :**

1- انه علاج نفسي صرف متميز من العلاج العضوي والاجتماعي يجعل العلاج المذكور من التجربة الداخلية والمخيلة وتختلف الحوادث الحاسمة هنا عن نظيرتها في عالم الطبيعة أو في عالم الناس الأخرى .

2- يقام العلاج النفسي على وجهة نظر نفسية ينتظم السلوك بشكل حاسم وجذري في إطار الأفكار اللاشعورية المكبوتة التي تقوم بدورها على الرغبات الجسمية الطفيلية لقد كان فرويد في مخيم العلم تماماً وكانت مهمته اكتشاف المنطقة العقلية المجهولة باستخدام المبادئ العلمية للتفسير والإيضاح ولقد وعى فرويد تلك الشكوك وعبر عن ذلك بملاحظته حال وصوله إلى الولايات المتحدة من أنه يمكن لأفكاره أن تحتضن هناك ((لكن الناس لا يعرفون سوى القليل من أنني أحمل لهم الطاعون)) .

*** صدق العلاج النفسي :**

في النصف الأول من القرن العشرين كتب الكثير عن العلاج النفسي وصيغت نظريات كثيرة وطرق مبتكرة إلا أن الدراسات في صدق النتائج في العلاج النفسي قليلة وإن تعديل السلوك حقيقة أمر غاية في الصعوبة وأن مدرسة واحدة لا يمكن أن تزعم النجاح في علاج كل الحالات وأن هناك تبايناً واضحاً بين المعالجين النفسيين . وإن الصعوبات التي تواجه من يحاول إثبات صدق الجهد العلاجي كثيرة كما يقدر ثوران إن الوقت مبكر إلى التوصل إلى تقويم إلى صدق العلاج النفسي لأن التشخيص الإكلينيكي لا زال في المرحلة الابتدائية ولم يثبت بعد صدق نظام تصنيفي موحد ويرى ثرون إن تقييم صدق الطرق العلاجية مختلفة .

*** الأبعاد الثقافية في العلاج النفسي :**

لم يأخذ بعد الدور الذي تلعبه الأبعاد الثقافية في العلاج النفسي والاهتمام الذي يستحقه وهناك بدايات تزيد الاهتمام في بحوث مخرجات العلاج النفسي بضرورة توجيه هذه البحوث إلى الكشف عن أي العلاجات .

وبواسطة من له أكبر قدر من الفعالية لشخص له خصائص ومشكلات معينة في ظروف ثقافية معينة .

وأفترض الباحثون إنه لكي يكون هذا العلاج مقبولاً من العمـلاء يتعين أن يكون حساساً للخصائص الثقافية لمجتمع العمـلاء ومن البحوث القليلة في هذا المجال الذي قام بها عدد من الباحثين في قسم الطب النفسي (بجامعة ميامي بالولايات المتحدة) في العلاقة بين المتغيرات الثقافية والعلاج النفسي . (ميخائل 1991) لويس كامل

*** أبعاد العلاج النفسي**

هناك أبعاد العلاج النفسي فهي عديدة وتتضمن طرقاً كثيرة للعلاج أهمها :-

1- العلاج الفردي الجماعي ((العلاج الفردي individual psychotherapy تعتمد فاعلية المعالج أساساً على العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض . العلاج الجماعي Psychotherapy collective فإن المريض تعالج عن طريق الجماعة .

2- علاج الأسباب وعلاج الأعراض: إن علاج الأسباب : يعني العلاج الذي يركز على اكتشاف أسباب المرض النفسي - وعلاج الأعراض : يركز على تحرير المرض من أعراضه .

3- العلاج التدعيمي: يهدف علاج الدعم Psuchotheradie إلى تدعيم الشخصية.

4- العلاج النفسي الموجه والعلاج النفسي غير المباشر كلاهما يقوم فيه المعالج بدور إيجابي في كشف صراعات المريض وتفسيرها له .

5- العلاج السلوكي : يتضمن العلاج السلوكيtherapiecomporte mentale تعديل وتغير السلوك المرضي نفسه .

هناك بعض الاختلافات بين طرق العلاج يمكن حصرها في النقاط التالية :-

1- عدم الإجماع على مفهوم معياري عام لطبيعة العلاج النفسي .

2- الاختلافات بين مدارس العلاج النفسي .

3- الاختلافات ترجع إلى شخصية المعالج وأسلوبه .

4- الفروق في طبيعة المشكلات النفسية .

5- اختلافات تسببها محددات خاصة بالمريض .

- طرق العلاج النفسي

هناك أكثر من خمسين طريقة للعلاج النفسي متاحة حتى الآن ويقوم المعالجون النفسيون حالياً بعلاج الأطفال والأسر بكاملها والمساجين وكبار السن والمرضى والمشرفين على الموت والمدمنين على العقاقير والخمور كما يعملون مع النهاتيين ولكن أهم طرق العلاج النفسي أربعة هي: العلاج النفسي الدينامي (التحليل النفسي) الإنساني (العلاج المركز حول العميل) السلوكي الجماعي.

وتختلف هذه الأنواع بعضها عن بعض بطريقة واضحة من الناحية النظرية أما من الناحية العلمية فأن الخطوط الفاصلة بينها غير محدود.

1- التحليل النفسي

يركز التحليل النفسي الديناميات الداخلية كما يعد علاجا موجها لحو الاستبصار أي لحو معرفة الدوافع والدفعات الدفينة لدى الأفراد.

2- العلاج المركز حول العميل

العلاج المركز حول العميل من وضع كارل روجرز أشهر أنواع العلاج الإنساني غير الموجه ولقد نشأ العلاج الإنساني جزئياً رد فعل ضد وجهة نظر التحليل النفسي فعلي حين يركز عليه الأخير على الدفعات الجنسية والعدوانية البدائية للهو وإدارتها ومحاولة ضبطها بواسطة الأنا.

3- العلاج السلوكي

يرتكز كل من العلاج النفسي الدينامي (التحليل النفسي) والإنساني (المركز حول العميل) على افتراض مؤداه إن السلوك المضطرب يمكن أن يتغير من خلال الاستبصار في أسبابه الداخلية ولكن علاج السلوك كما يتضح من اسمه يركز على السلوك ذاته أكثر من اهتمامه بالمحددات الذاتية له ولا يفترض العلاج السلوكي وجود قوة داخلية أو عملية مرضية وإلا هو يعتقد أن الأعراض إمارات على وجود مشكلات أعمق ينبغي القضاء عليه عن طريق الإستبصار وإنما هو يرى إن الأعراض كالمخاوف الشاذة أو السلوك القهري أو سورات الغضب موجودة لأنها تم اكتسابها عن طريق التعلم وهي تختفي بعد أن يتم تعلم التخلي عنها.

المصادر

1- د. أسعد ميخائيل إبراهيم ، المرشد في العلاج النفسي ، ط. الأولى : 1991 ، دار الأفاق الجديدة / بيروت

2- د. العيسوس عبد الرحمن ، اضطرابات الشيخوخة وعلاجها ، ط. 1989 ، دار النهضة العربية / بيروت

3- د. العيسوي عبد الرحمن ، العلاج النفسي ، ط. 1984 ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر

4- د. الزرار فيصل محمد خير ، علاج الأمراض النفسي ، ط. الأولى : 1988 ، دار العلم للملايين

5- د. العيسوي عبد الرحمن ، الإسلام والعلاج النفسي الحديث ، دار النهضة العربية / بيروت

6- د. حامد حلمى أحمد ، مبادئ الطب النفسي ، ط. الأولى : 1991 ، دار الصفا للطباعة والنشر

7- د. عبد العزيز مفتاح محمد ، علم النفس العلاجي إتجاهات حديثة ، ط. 4725 / 2001 ، دار قباء للطباعة والنشر

8- د. عباس فيصل ، إشكاليات المعالجة النفسية ، ط. الأولى : 1983

9- د. عبد الخالق أحمد محمد ، س علم النفس ، ط. الأولى : 1989 ، ط. الثانية : 1990 ، ط. الثالثة : 1991 ، دار المعرفة الجامعية

10- دحقى الفت محمد ، مناهج البحث في علم النفس ، ط. 1992 ، دار المعرفة الجامعية

11- د. ملكية لويس كامل ، التحليل النفسي والمنهج الإنساني ، ط.1990 ، مكتبة النهضة المصرية .

الفصل السابع

(العلاج النفسي الجماعي)

الفصل السابع

(العلاج النفسي الجماعي)

في حديثنا عن العلاج النفسي كاتجاه في العلاج، لابد لنا من العودة بذاكرتنا إلى اتجاه التحليل النفسي وما أخذ عليه من ملاحظات مثل طول فترة العلاج وعدم توفر المحللين المتمرسين وحاجة المعالجين إلى خبرة وتدريب طويلين ثم عدم اقتناع البعض بفاعلية هذا الاتجاه كل هذه الأمور دفعت الأخصائيين النفسيين خلال الحرب العالمية الثانية وبعدها إلى استخدام العلاج النفسي بصوره جماعية. وقد ساعد على ذلك تشابه عدد كبير من مشكلات الجنود وأعراضهم المرضية وكذلك ظروف حياتهم في المعسكرات وفي الحرب.

وفي هذا الصدد يقول (مكسويل جونز) في كتابه الطب النفسي الاجتماعي ما يلي:

(أن الحاجة تفقد الحيلة)... ولقد كانت الضرورة التي نشأت خلال الحرب العالمية الثانية بسبب الزيادة الكثيرة في حالات الأمراض النفسية والعقلية والنقص الذي قابل في عدد الأطباء والأخصائيين. وهذا ما دعا إلى استخدام تجارب الأساليب الاجتماعية في العلاج النفسي إذ ليس من المعقول علاج جميع الحالات علاجا فرديا. وخلاصة ذلك أن العلاج الجماعي يستخدم في الحالات التي تكون فيها نسبة المرضى كبيرة وعدد المعالجين قليلا جدا وكذلك عندما تتشابه مشكلات المرض وأعراضهم المرضية ويتراوح عادة عدد أفراد الجماعة العلاجية بين (3-15) مريض ويرى بعض المعالجين بأن العدد الأمثل هو (7-10) مريض وذلك حتى لا يصبح جو المجموعة مشحونا بالحركة والاتجاهات المتعارضة أكثر مما ينبغي.

ألا أن العدد قد يزداد في بعض الحالات ليصبح (50) مريض ويرى البعض ضرورة تجانس أفراد الجماعة وخاصة في النواحي العقلية والأعراض المرضية.

والواقع أن تشكيل جماعة العلاج يحتاج إلى كثير من الدقة والمهارة والخبرة بالأنماط الشخصية المختلفة. مطوي - منبسط - متزن - عصابي - عدواني - منحرف.

والقدرة على التنبؤ بنتائج التفاعل بين الشخصيات وبين أنواع الخبرة والاتجاهات والقيم والأنماط.

وقد كان (سلافسون) الذي اهتم بعلاج الأطفال والأحداث الجانبية يرى ضرورة جعل المجموعة العلاجية تضم عناصر مختلفة من المرض من حيث أعراضهم وأنماط شخصيتهم. وقد كانت المجموعة العلاجية لدى سلافسون تضم أربعة أشكال من الأطفال

1- أطفال لديهم ميول عدوانية.

2- أطفال ايجابيون.

3- أطفال سلبيون انسحابيون.

4- أطفال عاديون تقريباً.

وفي رأي سلاسفون أن هذا التشكيل يحقق التوازن داخل الجماعة العلاجية فلا يجوزان تقتصر الجماعة على شكل معين من هذه الأشكال لأن أغراض العلاج لا تتحقق.

ويركز سلاسفون على أهمية التقارب في مستوى النضج الاجتماعي والوجداني بين أفراد المجموعة.

ويؤيد (اكرمن) رأي (سلاسفون) من حيث اشتمال المجموعة العلاجية على عدد من الخجولين إلى جانب العدوانيين لكي تستفيد كل فئة من إطلاعها على سلوك الفئة الأخرى، ويضيف (اكرمان) أنه من الضروري أن تتضمن كل مجموعة علاجية مريضا واحدا أو أكثر يمثل نمطا معينا من السلوك له تأثير انفعالي مرغوب فيه ويذكر (بيلدر) إن عددا غير قليل من أقرباء المرض وذويهم يشاركون في حضور الجلسات العلاجية وهذا ما يشيروا إلى أنهم يعانون من بعض المشكلات أوانهم يعانون من بداية للمرض وتمتد الجلسة العلاجية حوالي (ساعة ونصف إلى

الساعتين) في المتوسط ويجب إجراء مقابلة شخصية مع كل مريض على حدة بهدف فحص وتشخيص حالته بصورة جيدة، ويجب أن يكون المريض مستعدا للعلاج ومتقبلا لنظامه. حيث اعتمد أصحاب هذا الاتجاه في علاجهم على كون الإنسان عبارة عن كائن اجتماعي لديه حاجاته النفسية والاجتماعية لابد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل الحاجة إلى الحب والأمن والطمأنينة والتقدير والمشاركة الوجدانية والانتماء والنجاح والتكيف.

وعلاوة على ذلك فإن سلوك الفرد تتحكم فيه المعايير والقيم السائدة والنظم والأفكار والطقوس والعادات والتقاليد بما فيها من ضغوط أو تعصب أو تخلخل وتسامح كما أن العزلة الاجتماعية والوحدة قد تكون سببا من أسباب المرض النفسي وتدعيمه.

وكذلك من أهم أهداف العلاج النفسي:

تحقيق التوافق الاجتماعي والشخصي والنفسي ويتم ذلك عن طريق الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي.

وقد أكدت التجارب العلاجية أن المرضى الذين يعانون من انطواء أو خجل أو حرج في حضور الجنس الآخر ويعانون من اتجاهات صريحة نحو الجنسية المثلية أو من تعلق زائد بالأم أو بالأخت يستفيدون علاجيا حين تتاح لهم فرصة المواجهة المباشرة والاختلاط والنشاط المشترك مع أفراد الجنس الآخر ويجب ألا نفهم من ذلك أن العلاج الجماعي قادر على معالجة جذور المشكلات الجنسية مثلا.

والتي تحتاج إلى دراسة تحليلية عميقة لكل حالة ويستخدم العلاج النفسي الجماعي على نطاق واسع في مستشفيات الأمراض العقلية وداخل العيادات النفسية وفي عيادات توجيه الأطفل وفي بعض المؤسسات الإصلاحية.

وكذلك يستخدم العلاج النفسي الجماعي في علاج حالات الإدمان واضطرابات الكلام وجناح الأحداث والأمراض العصابية والأمراض الذهانية والامراض البسيكوسومائية وكذلك في حالات الكآبة والانقباض والوسواس والخوف والشعور بالنقص والحالات الانبساطية المتطرفة.

ومقابل ذلك هناك حالات مرضية يستحسن فيها عدم استخدام أسلوب العلاج النفسي الجماعي كما في حالة الشخصية السيكوباتية ومرضى الهذاء وحالات الهوس الشديدة وحالات الجنسية المثالية وحالات الضعف العقلي الشديد.

وقد استخدم (مورينو) مقياس العلاقات الاجتماعية في تنظيم الجماعة العلاجية وذلك لمعرفة تأثير كل فرد في عملية التفاعل الاجتماعي وكذلك حركة الأعضاء أثناء هذا التفاعل.

ومن أهم العمليات العلاجية التي يعتمد عليها العلاج الجماعي تأثير المرضى بعضهم ببعض داخل المجموعة العلاجية ويمكن عن طريق مقياس (مورينو) معرفة مدى ترابط الجماعة وما قد ينشأ داخل الجماعة من مجموعات فرعية كما يمكن معرفة أسباب الانقسامات الفرعية والتداخلية.

ويرى (مورينو) من أن أي علاج جماعي يجب أن يعتمد على القياس السوسيومتري الذي يقوم على أداء كل فرد من الجماعة بشكل سري... بأسماء الأفراد الذين يحبهم والذين يكرههم والذين لا ينسجم معهم.

أما عن دور المعالج في العلاج النفسي الجماعي فهو دور أحد أعضاء الجماعة ويتركز دوره حول الإثارة هو الضبط والتفسير والشرح والتعليق وهو لا يحتكر المناقشة بل يشجعها.

وقد أجريت عدة بحوث لدراسة آثار العلاج النفسي الجماعي مثل دراسة (بيمان 1956 حيث قورن أثر العلاج بالصدمات الكهربائية المصاحبة للعلاج النفسي الجماعي في جماعتين من مرضى الفصام ووجد أن نتائج العلاج في الجماعة الأولى كان أفضل بكثير من نتائجه في الجماعة الثانية التي لم تنل أي علاج نفسي جماعي.

وقد قدم انشتاين وآخرون دليلا على إن للعلاج النفسي الجماعي آثاراً علاجية على المعالج نفسه تحدث في الموقف العلاجي الجماعي.

وقد استخدم مكسويل جونز طريقة المحاضرات والمناقشات في علاج مرض جنود الحرب العالمية الثانية ممن توهموا أنهم مرضى بالقلب وكانت توجيهاته مركزة

على وظيفة الجهاز العصبي وبعد مضي (12 ساعة) من المحاضرات وجد تغير نسبي في اتجاه الجماعة نحو الأعراض.

واستخدم (كلابمان) طريقة المحاضرات مع مرضى العصاب ومرضى الذهان وتناول فيها المشكلات الانفعالية والصحة النفسية والتوافق.

كذلك استخدم (جرين) طريقة المناقشة بنجاح في علاج اللجلجة الذي كان يعتبرها جرين نوعا من العصاب الجماعي.

وكذلك استخدم (صموئيل مغاريوس) عام 1960م طريقة المناقشة الجماعية في علاج اللجلجة وكانت المناقشة تدور حول المشكلات الاجتماعية.

ويؤكد وولف عام 1967م أن طريقة المحاضرات والمناقشات تصلح مع الجماعات المتجانسة من حيث المشكلات المتشابهة مثل الفصاميين والمدمنين والذين يعانون من اضطراب الكلام أو من مشكلات اجتماعية مثل الشيخوخة - السجناء - العقم - الطلاق.

وقد استخدم (سلافسون) عام 1950م التحليل النفسي الجماعي حيث كانت تجري المناقشات عن طريق التداعي الحر مع إتاحة الفرصة أحياناً لتحليل الأحلام ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن كل مريض يجلب إلى الجماعة توترا لا شعورياً متصلاً بموضوع لا شعوري.

ويذكر أوندر عام 1940م أن التحليل النفسي الجماعي قد أفاد بدرجة كبيرة في علاج حالات الفصام الخفيف والاكتئاب الخفيف وحالات الهستريا ويجب على المعالج الانتباه إلى بعض مضاعفات العلاج النفسي الجماعي.

الطرق الأساسية في العلاج النفسي الجماعي

يمكن القول أن أول أشكال العلاج النفسي الجماعي كانت تعليمية حيث نجد قائد الجماعة يحاضر ويقنع ويوجه بعد أن يختار جماعات صغيرة كان يراعي فيها العمر والجنس وأنماط الشخصية وتشابه الأعراض وبعد تطور الدراسات المتعلقة بالعلاج النفسي الجماعي أصبح المعالجون يلجأون إلى عدة طرق في العلاج النفسي تختلف

حسب اختلاف المرض وأعراضهم وظروفهم وباختصار يمكن القول بأن أهم هذه الطرق ما يلي:

1- طريقة المحاضرات والشرح والمناقشات وتبادل الآراء:

وبحيث تمثل هذه المحاضرات والمناقشات مركز الثقل في العملية العلاجية ويمكن أن تكون مادة المحاضرات ملائمة لوضع المرض ويفضل أن يكون موضوع المحاضرة يدور حول مشكلة يعاني منها أحد أفراد الجماعة.

(دون ذكر اسمه) ويقترح بعض المعالجين أن تكون مواضيع المحاضرات مثل:

(العلاقة بين النفس والجسم والأمراض البسيكوسوماتية، والخنوع، الذكورة، الأنوثة، الحب، الكره، والجنس، والانحرافات الجنسية، مشاكل الآباء وأولادهم.

2- الطريقة التي تعتمد على نشاطات المرض التي تصاحب جلسات العلاج الجماعي:

والهدف من هذه النشاطات ترويحية علاجية كما في حالة السيكودراما حيث يمثل المريض طرفا من مسرحيه.

3- الطريقة المختلطة:

التي تجمع بين طريقة المحاضرة والمناقشة وطريقة النشاطات العملية.

تقييم العلاج النفسي الجماعي

مما لاشك فيه أن للعلاج النفسي الجماعي بعض المزايا نذكر منها أنه يؤدي إلى اقتصاد كبير في الوقت والجهد والكلفة. كما أنه لا يحتاج إلى عدد كبير من المعالجين وهذا من شأنه أن يتيح الفرصة إلى أكبر عدد ممكن من المحتاجين إلى العلاج كما أن ذلك يجعل العلاج ميسورا لجميع فئات وطبقات المجتمع. كما يقلل من مشاعر القلق والشعور بالإثم كما أنه يجعل المريض يميل إلى التسامح تجاه التجارب الاجتماعية المحيطة، كما أنه يقلل من تمركز المرض حول ذاته ويقوي لديه عاطفة اعتبار الذات والثقة بالنفس ويكفل تصحيح المريض لسلوكه ولمفهومه عن ذاته وعن الآخرين.

كما يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي أو من مشكلة نفسية وهذا يقلل من شعور المريض بالعزلة والألم ويعتبر هذا الاتجاه العلاجي انسب الاتجاهات بالنسبة للدول النامية التي تعاني من نقص الإمكانيات والأخصائيين.

ومن ناحية أخرى فإن هذا النوع من العلاج يصعب استخدامه في علاج بعض الحالات المرضية حيث يعتبر عملية صعبة وشاقة كما في حالة المرض الذين يعانون من صراعات عنيفة.

وبعض المعالجين يرون أن الاتجاه الجماعي في العلاج لا يمكنه الوصول إلى جذور الأعراض المرضية كما أنه ليس بمقدوره أحداث تغييرات جذرية في اتجاهات ونظرته للحياة أو أحداث تغييرات جوهرية على تكوين الذات مثل ما يدعيه (سلافسون وابيدير) ومعظم علماء النفس التحليلي يتوقعون من العلاج الجماعي الانتهاء إلى تنظيم جزئي في شخصية المريض فقط وهم يرون بأن الهدف من العلاج الجماعي ينبغي أن يكون أكثر تواضعا من الهدف الذي ينتهي إليه التحليل النفسي الكامل.

ويضيف (اكرمان) أن الاتصال بالقوة اللاشعورية في جو المجموعة العلاجية أمراً عسير المنال وهو يقدر للمجموعة العلاجية ميزتها في خلق واقع اجتماعي حيوي يساعد على تقييم حالته الخاصة كما أن تسخير ديناميات المجموعة العلاجية في مواجهة نماذج ظاهرية للصراعات الوجدانية أي تلك التي يكون فيها الصراع ناجما عن اضطرابات بين الفرد وبيئته قد يكون أمراً ميسورا إلا أن تسخير ذلك لمواجهة صراع بين قوتين متعارضتين داخل الذات الإنسانية يعتبر أمراً شديد الصعوبة.[1]

العلاج العائلي الجمعي - نظرية اكيرمان

يعتبر اكيرمان وهو طبيب نفسي أمريكي بحق رائد العلاج العائلي وهذا

---

(1) علاج الامراض النفسية والاضطرابات السلوكية: د. فيصل محمد خير الزراد دار العلم للملايين ط الأولى (1984) ط الثانية (1988م).

الدكتور يؤكد على الأهمية القصوى التي يلعبها التشخيص الدقيق في انتقاء الوسائل العلاجية المناسبة وبالتالي الحصول على نتائج علاجية جيدة.

وهذا التأكيد على أهمية التشخيص إنما ينبع من التفكير الطبي المهيمن على اكيرمان بسبب دراسته وممارسته ومثله مثل أي تشخيص فإن تشخيص الاضطراب العائلي يقتضي من المعالج معرفة العلائم التي تقرر طبيعة العائلة حتى تمكن من تحديد وجود أو عدم وجود الاضطراب العائلي. ومن ثم يجب على المعالج معرفة أنواع الاضطرابات العائلية بغية إجراء التشخيص التفريقي وصولا إلى تحديد اللوائح العيادية اللازمة لهذا التشخيص[1]

العلاج النفسي للجماعات:

1- تحديد أهداف ومبادئ الجماعة:

يقول (فرنيش) في وصفه للجماعة (إنها كتلة هامة من المجتمع وهي المجتمع نفسه في آن معا أنها تمثل الحضارة للفرد ومن هنا فهي تطبعه وهي تخضع لإرادة الفرد الذي يستطيع كمواطن أن يحدث تغيرا في الجماعة التي ينتمي إليها.

ومن أهم أهداف العلاج النفسي الجماعي مساعدة عضو الجماعة وتنمية قدراته العقلية والجسدية بغاية إقامة العلاقات مع الآخرين والقيام بوظائفه الاجتماعية.

ب- عدد الجماعة وزمن العلاج:

إن العلاج النفسي يعالج الجماعات التي يتراوح عددها بين ستة أشخاص أو ثمانية أشخاص يجتمعون مرة أو مرتين كل أسبوع وبعض الأحيان حسب ما تقتضي الحاجة وذلك لمدة ساعة ونصف أو ساعتين ويستمر العلاج ضمن الجماعة ستة أشهر أو سنة وفي معظم الأحيان وعندما تكون الجماعة متجانسة يصبح علاجها أسهل ويأخذ أقل مدة زمنية.

---

(1) العلاج النفسي العائلي – د. محمد أحمد النابلسي دار النهضة العربية للطابعة والنشر بيروت سنة النشر (1988).

ج- أساليب العلاج:

وتنقسم إلى ثلاث أنواع هي:

1- أساليب المعالجة التشجيعية أو التشجيع السيكولوجي:

هذه الأساليب تعني بإيقاف المزيد من الانهيار الذي ضعفت فيه وأصبح عرضة للمزيد من الانهيار أمام الضغوطات اليومية.

2- أساليب المعالجة التبصريه (الفطنيه)

وهذه الأساليب تهدف إلى بلوغ تغيير بواسطة تبصرية المريض حول مشاكله وزيادة القدرة على التعامل مع مشاكله.

3- أساليب المعالجة التجريبية (الاختباريه)

تتكون أساليب هذه المعالجة من أساليب المعالجتين التبصرية والتشجيعية مع التركيز على تصوير العلاقة واستخدامها كخبرة تصحيحيه عاطفية[1].

التحليل النفسي والعلاج النفسي الجماعي:

يميل معظم الباحثين والمعالجين إلى استخدام مفاهيم التحليل النفسي الفردي الخاصة بالمرض والعلاج عند العمل مع الجماعات وحتى أولئك الذين يعترضون على استخدام التحليل النفسي الفردي فإنهم في المواقف الجماعية يحبذون استخدام هذا المنهج العلاجي.

يقول (شيد لنجر) لا يقوم العلاج الجماعي على نسق من الدنياميات وعلم النفس المرضي يختلف عن النسق الذي تقوم عليه صور العلاج النفسي الأخرى إن الكثير من المعالجين يتقلبون ويستخدمون المفاهيم التحليلية الخاصة بالمرض والعلاج مثال ذلك ويتقبل يندر صراحة دعوى فرويد الخاصة بالروابط اللبيدية في حياة

---

(1) العلاج النفسي العائلي - د. محمد أحمد النابلس - دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت (1988م) ص 106.

- الخدمة الاجتماعية والعيادة النفسية المتخصصة.
- مؤسسة للنشر والتوزيع - دار المنل بيروت - د. هدي سليم عبد الباقي.

* هدى سليم عبد الباقي (1933) ص الأولى - سنة النشر (1993م).

الجماعة فيقول "أني شخصيا متفق مع فرويد في قوله في كتاب علم النفس الجماعي وتحليل الأنا" أن علاقات الحب - أو الروابط الانفعالين - هي جوهر الفعل الجماعي (كاميلا 1991ص 196)[1]

العلاج الجماعي والتحليل النفسي:

الجماعة في نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد الجماعة بوصفها تجمعا أو مجموعة من الأفراد. يرتبطون معا من خلال عملية توحد مع القائد ومع كل من الأفراد الآخرين. والقائد هو الأب الأول الذي يخضع له كل عضو من أعضاء الجماعة أنه وعلم نفس الجماعة في رأي فرويد هو العلم الذي يدرس الفرد في جماعة وليس الجماعة بوضعها كلا والجماعة هنا قد تعني العرق أو الأمة أو الطائفة أو المهنة أو المؤسسة.

وقد لاحظ فرويد أنه بالإضافة إلى تأثير القائد في الأعضاء. فإن كل عضو فرد يؤثر أيضاً في غيره من أعضاء الجماعة.

وقد تأثر بمفاهيم فرويد كل من يمارس العلاج الجماعي ويستعين بالنموذج التحليلي وقد حاول فولكس في (23، ص 1408) وهو من رواد العلاج الجماعي في بريطانيا تخطى الفجوة بين الماضي والحاضر وذلك من خلال النظر في تاريخ حياة المريض وتأثيراتها على الحاضر وفي نفس الوقت فحص الأنماط الحاضرة لتفاعلات المريض وبصرف النظر عن الخبرة الماضية.[2]

العلاج النفسي الجماعي

الجماعة النفسية أسرة صغيرة من المجتمع الكبير، فنجان ماء في محيط المجتمع. ودواعي اللجوء إلى العلاج الجماعي للمرضى بالعصاب أو النهان المزمن ومدمني الخمر والمخدرات على شرط توفر الدافع على الشفاء والفهم ولباقة الحديث يفضل

---

(1) العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب- كاميليا عبد الفتاح (1991) ص32.
(2) التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي - لويس كامل مليكه (1990) ص 119 مكتبة النهضة للطباعة والنشر.

أن يتراوح عدد المرضى في الجماعة بين خمسة وخمسة عشر والمتوسط ثمانية وأمرض الجماعة قد تكون مفتوحة العضوية والحضور اختياري أو مغلقة على أعضاء محددين ملزمين بالحضور. مضادات للجؤ إلى العلاج الجماعي في مرض الاكتئاب والفصام الحاد والذهان الدوراني وكذلك الشخصيات المضادة للمجتمع.

وهناك أنواع من العلاج النفسي الجماعي مثل:

- العلاج الجماعي التحليلي.
- علاج المواجهة الجماعي.
- العلاج الجماعي الوجودي.
- العلاج الجماعي التفاعلي.
- العلاج بالدراما النفسية أو السيكودراما.
- العلاج الأسري.
- العلاج الزواجي.
- العلاج الجنسي.[1]

أساليب العلاج الجماعي:

لقد حظي المنهج الجماعي في خلال الحرب العالمية الثانية بأهمية كبيرة حيث كانت تتاح الفرصة لعلاج الفرد من خلال الجماعة وكانت ظروف الحرب تؤدي إلى وجود عدد كبير من المرضى ولم يكن هناك عدد كافي من الأطباء. فلقد وجد من المفيد استخدام هذا المنهج مع كثير من الحالات المدنية ويعتبر الآن العلاج الجماعي من أهم المناهج العلاجية الحاضرة في الحقيقة الاجتماعية وما يوجد في الجماعة من الأخذ والعطاء بصورة تشبه الواقع وهناك أنواع متعددة من العلاج الجماعي، من ذلك العلاج عن طريق اللعب أو علاج الإطلاق أو المتحركة للانفعالات وخاصة مع الأطفال. ويتضمن معارض لعب الأطفال المتحرك والرسم بالإصبع. أنشطة إبداعية متشابهة تساعد الأطفال على التحرر الانفعالي وإعادة التعلم الانفعالي. والعلاج الجماعي التعليمي. ويتضمن محاضرات رسمية ومناقشات يلقيها المعالج النفسي والطبيب العقلي في موقف الفصل المدرسي.[2]

---

(1) مبادئ الطب النفسي - حلمي أحمد حامد (1991) ص 317 دار صفا للطباعة والنشر. ط الأولى.

(2)العلاج النفسي. د. عبد الرحمن العيسوي، أستاذ علم النفس بجامعة الإسكندرية والإمام محمد بن سعود الإسلامية. دار الفكر الجامعي (الإسكندرية) ص 235.

العلاج الجماعي:

يمكن تصنيف المعالجات النفسية إلى أنواع عدة، فهناك العلاج الجماعي في مقابل العلاج الفردي وهناك العلاج التوجيهي في مقابل غير التوجيهي وهناك العلاج السطحي في مقابل العلاج العميق. وهناك العلاج محدد الهدف في مقابل العلاج طويل المدى وهناك العلاج السلوكي القائم على أساس تطبيق نظريات التعلم في العلاج.

بالنسبة للعلاج الجماعي يتناول فيه الطبيب في وقت واحد عدداً من المرضى حيث يشفى المريض من خلال تفاعله مع الجماعة، من خلال علاقته بغيره من المرضى وعلاقته بالمعالج.

وأثبت العلاج الجماعي قيمته في التطبع الاجتماعي أو التنشئة الاجتماعية للمريض ويقصد بها المريض لقيم المجتمع المحيط به ومعاييره وأنماط سلوكه المقبولة[1]

العلاج الجماعي أو الجمعي

ويشترك في العلاج بهذه الطريقة مجموعة من الأفراد تجمعهم مشكلة أو مشكلات مشتركة أي ممن تتشابه إعراضهم الانحرافية. لا يزيد عددهم عن عشرة فراد كاشتراكهم في سمة العدوان، الغيرة الشديدة، سؤ التكيف الأسري أو المهني أو التعليمي... الخ.

ويجتمع هؤلاء الأفراد بمعدل ثلاث مرات أسبوعياً لمناقشة مشكلاتهم مناقشة جماعية في جو يسمح لهم بالتنفيس الانفعالي عن المشاعر المكبوتة. وعلى المرشد النفسي أن يشجع كل فرد من هؤلاء الأفراد على المناقشة والتعليق والتفسير والاشتراك في وضع الخطة المناسبة لمعالجة هذه المشكلة العاملة دون أن يستأثر هو بمجال المناقشة.

بعد الانتهاء من كل جلسة من هذه الجلسات يجب على المرشد النفسي أن يعطي الفرصة لكل مريض على حدة للاستفسار عما يريده منه، ولذا من الضروري

---

(1) اضطرابات الشيخوخة وعلاجها. د عبد الرحمن العيسوي. رئيس قسم علم النفس كلية الآداب-جامعة الإسكندرية دار النهضة للطباعة والنشر بيروت سنة النشر 1989 ص205.

جداً أن يكون المرشد النفسي على علم بتاريخ حالة كل مريض على حده، ومن المستحسن أن تسجل هذه المناقشات الجماعية على شريط تسجيل لإعادة الاستماع إليها بين الجلسات لزيادة استبصار المرضى بمشاكلهم وتقييم ذواتهم.[1]

العلاج النفسي الجماعي:

العلاج الجماعي هو علاج الناس في جماعات حيث تكون الجماعة عنصراً مهماً في العملية العلاجية ويختلف العلاج الجماعي عن العلاج الفردي أساساً في تنبيه الدوافع الاجتماعية فالموقف الجماعي بعلاقاته المتعددة بين الأشخاص يكون أقرب إلى الحياة الواقعية بالمقارنة إلى العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الفردي.

وقد تأكد تأثير الجماعة الاجتماعية في أحداث التغير السلوكي على مر القرون إلا أن العلاج النفسي الجماعي في حد ذاته يعد ظاهرة خاصة بالقرن العشرين وبعد الأعمال المبكرة التي أجراها (مورينو) (1932 - 1946) وكذلك (سلافسون) (1943) أصبح استخدام الجماعات في المجال الطبي والتربوي والمهني والعقائدي ظاهرة شائعة في أواخر الستينات وأوائل السبعينات. وقد ارتبط في البداية بالعلاجات ذات التوجه الدينامي ثم امتد سريعاً إلى العلاجات الذاتية (1970-1971) ثم إلى السلوكية (1975)[2]

مدخل الطب النفسي العضوي:

التعريف: الاضطرابات النفسية الناتجة عن أمراض.

التصنيف: تصنف الأمراض النفسية العضوية حسب حدة المرض والأسباب إلى الآتي:

أ- حسب حدة المرض إلى أمراض حادة أو الهذيان وأمراض مزمنة أو العته.

ب- حسب السبب إلى أمراض البدن وذات التأثير الثانوي على المخ مثل - فشل

(1) دعائم صحة الفرد النفسية تأليف: محمد السيد الهابط، دراسات عليا في التربية وعلم النفس المكتب الجامعي الحديث - الإسكندرية سنة النشر (1987) 113.

(2) المدخل إلى علم النفسي المرضي الإكلينيكي مراجعة: أحمد محمد عبد الخالق - كلية الأدب جامعة الإسكندرية دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية سنة النشر 1992.

الأعضاء - ونقص الفيتامينات - وأمراض المخ العضوية مثل - الورم والالتهابات والانتكاسات المخ.

ج- المظاهر السريرية: الهذيان والعته هي أهم المظاهر السريرية للأمراض النفسية العضوية.

الهذيان الحاد:

يبدأ الهذيان حاداً وهو مرض قصير الدوام ويتميز بالأعراض التالية:

1- تغييم الوعي: تغييم الوعي يختلف في درجته من النعاس إلى الغيبوبة تتموج حالة الوعي بين الليل والنهار وهي تزداد في حدتها بالليل.

2- اضطرابات السلوك بين التململ والرعشة في السرير إلى السلوك المزعج مع الرعشة الخفيفة كما هو الحل في الهذيان الارتعاشي أحياناً يقوم المريض بأفعال نمطية ويقلد ما كان يفعله في مهنته مثل أعمال النجارة أو العزف على آلة موسيقية وهذه الحالة تسمى (الهذيان المهني) بعض مرضى الهذيان يتصفون بعدم التعاون والعناد - يتموج اضطراب السلوك مع حالة الوعي بين فرط الحركة بالليل والنعاس بالنهار.

3- الأرق وتموج حالة النوم مع وعي المريض فهو يعاني من الأرق ليلاً والنعاس نهاراً.

4- اضطرابات إدراك الأحاسيس مع ظهور خداعات وهلاوس بصرية مثل حيوانات تهاجم المريض وتزحف نحو فراشه مما يؤدي إلى حالة من الخوف والفزع عند المريض.

5- تغلب على المريض انفعالات مثل سرعة الاستثارة والخوف وتقلب المزاج. في الحالات المتقدمة الهذيان والتبلد.

6- البطء والتكرار في الكلام والتفكير مع أفكار بالشك والاضطهاد. في الحالات المتقدمة ويصبح كلام المريض غير مفهوم.

7- شرود الانتباه وصعوبة التعلم وفقد الذاكرة.

8- فقد إدراك الزمان والمكان والأشخاص.

9- ضعف الحكم على الأمور وفقدان البصيرة.

10- أثناء مسيرة الهذيان ربما تحدث مضاعفات بدنية مثل الصرع والالتهابات المتداخلة بالبدن.

11- مصير الهذيان يعتمد أساسا على المرض العضوي المسبب له. معظم الحالات تتحسن وبعضها يترك أثاراً مثل ضعف ثابت في الذاكرة والذكاء. وبعض حالات الهذيان تنتهي بالغيبوبة والوفاة.

العته أو الخبل:

العته مرض نفسي عضوي يبدأ ويتقدم ببطيء ويؤدي في النهاية إلى حالة الخوف الكامل - أحياناً يتوقف سير المرض مع ترك أثار ثابتة مثل ضعف الذاكرة والذكاء وبعض الحالات تتحسن لو اكتشفت وتم علاجها المبكر.

الأعراض الأساسية للعته هي:

1- اضطرابات التفكير والوظائف المعرفية للمخ. بطيء وفقد التفكير الكلام بطيء ومتكرر وفي الحالات المتقدمة يكون الكلام غير مفهوم.

2- فقدان الإدراك الزمان والمكان والأشخاص والصورة السريرية في النهاية لمريض لا يستطيع التعرف على أقرب الناس إليه ولا يعرف مكانه داخل مسكنة.

3- اضطرابات الانفعالات. في بداية العته تتقلب انفعالات المريض بين سرعة الاستثارة والغضب والاكتئاب.

4- اضطراب السلوك. في بداية العته يفقد المريض الاهتمام بالبيئة ويميل إلى العزلة ولا يبادر إلى الحركة أو الحديث ويميل إلى السلوك الروتيني وفي الحالات المتقدمة من العته يفقد المريض التحكم في سلوكه ويقوم بأعمال صبيانية وتتدهور عاداته ويفقد التحكم في التبول والبراز.

5- أثناء مسيرة العته ربما تحدث بعض المضاعفات مثل الهذيان الحاد والصرع.

6- يحتفظ المريض بوعيه رغم تدهور الانتباه بالبيئة المحيطة به.

7- ينتهي العته بالتدهور الكلي في الوظـائف العقليـة. وفي معظـم حـالات العتـه يكون التدهور دائماً لا رجعة فيه. لكن في بعـض الحـالات يقـف التدهـور لـو اكتشف السبب وتم علاجه مبكراً.

أسباب الأمراض النفسية العضوية:

1- أسباب عضوية بالبدن أو عوامل خارجية المنشأ أو عرضية وهي تشـمل الآتـي: التسمم الحاد أو إدمان الخمر وأدوية التعود على المواد السامة.

2- اضطرابات استقلالية مزمنة أو حـادة مثـل الفشـل الكلـوي والكبـدي وفشـل القلب والتنفس واضطرابات عملية الهدم والبناء للعناصر والماء داخل الجسم.

3- نقص الفيتامينات وخاصة فيتامين (ب) (الثيامين) وحمض النيكوتنيك وفيتـامين ب-12 وكذلك سوء التغذية والجوع.

4- أمراض الغدد الصماء كفرط أو نقص في نشاط الغـدد الدرقيـة وفـوق الكليـة والنخامية وكذلك فرط أو نقص السـكر بالدم.

5- الالتهابات البدنية والحميات التي تؤثر على المخ مثل الملاريا والتهابات الصـدر الحادة والحمـى الروماتيزميـة وكذلـك التهابات النسـيج الضـام مثـل التـهاب الشريان القحفي والذاب الحمراء.

6- مضاعفات بعد الولادة وبعد العمليات الجراحية.

ب- أسباب عضوية بالمخ أو عوامل داخلية المنشأ:

1- إصابات الرأس والدماغ.

2- التهابات الدماغ الحادة والمزمنـة حـادة مثـل التـهاب سـحايا وسـنجابية الدمـاغ والمزمنة مثل زهري الجهاز العصبي.

3- اضطرابات الدورة الدموية بالدماغ مثل نزيف وانسداد وتصلب أوعية المخ.

4- أورام سرطانية أو دموية داخل الجمجمة.

5- مضاعفات مرض الصرع.

6- أمراض فقد نخاع المخ مثل التصلب المتناثر.

التشخيص والتشخيص المفارق للأمراض النفسية العضوية:

أ- تفريق الهذيان من العته. يعتمد على تاريخ المرض بدايته ومسيرته. في الهذيان يكون الوعي مغيماً لكنه صحو في العته. الوصف السريري للهذيان مع أعراضه الإيجابية والحادة يختلف عن العته وأعراضه السلبية والمزمنة.

ب- استبعاد الأمراض الوظيفية الشبيه بالعته مثل الاكتئاب خاصة اكتئاب كبار السن. التفريق مع العته يعتمد على وجود انفعال الاكتئاب مع التشاؤم والتاريخ السابق لنوبات مماثلة من الاكتئاب. وكذلك يجب تفريق الهذيان من الأمراض الوظيفية الحادة مثل القلق والاكتئاب والهوس والفصام.

ج- تشخيص سبب المرض النفسي العضوي باتباع الخطوات التالية:

1- التاريخ المرضي الدقيق. وجود مرض بدني أو عصبي قبل بداية الأعراض النفسية تاريخ سوء استعمال الخمر والأدوية في الفترة السابقة لظهور الأعراض النفسية.

2- الفحص البدني الكامل ويشمل علامات سوء التغذية ونقص الفيتامينات وعلامات أمراض بدنية.

3- فحص وأبحاث معملية للجهاز العصبي - ما يلي هو وصف مختصر لما يجب أن يقوم به الطبيب في هذا الخصوص:

- كشف عام على مشية وكلام المريض. ملاحظة وجود حركات لا إرادية أو رعشة باليدين.
- فحص الأعصاب القحفية وهي:

* العصب الأول (الشم): هلاوس شميه واختبار حاسة الشم.

* العصب الثاني (البصري): هلاوس بصرية، خداعات بصرية قوة البصر ومساحة الرؤية وقاع العين.

* العصب الثالث والرابع والسادس (الحركة للعين): ازدواج الرؤية، الحول واختبار حركة العينين في مختلف الاتجاهات، قياس اتساع حدقة

العين وتغيره مع منعكس الضوء والتكيف.

* العصب الخامس: اختبار الأحاسيس بالوجه وكذلك القوة الحركية لعضلات الفكين واختبار منعكس القرنية.
* العصب السابع (الوجهي): اختبار حالة عضلات التعبير بالوجه عندما يرفع المريض حاجبيه ويغلق العينين ويسحب أركان فمه أو يقوم بالتصفير. اختبار تدمع العينين وإحساس التذوق في كل جانب من اللسان.
* العصب الثامن (الدهليز السمعي): الدوار -الدوام الرنح الطنين بالأذنين اختبار قوة السمع بالشوكة الرنانة.
* العصب التاسع (اللسان البلعومي): صعوبة واختبار منعكس البلعوم.
* العصب العاشر (الحائر): صعوبة البلع. إرجاع الماء من الأنف أثناء الشرب ونبرة أنفية أثناء الكلام. صوت أجش، انحراف الحنك اللين عندما يقول المريض (آه) وفمه مفتوح وشلل بعضلات الحنجرة عند النظر بمنظار الحنجرة.
* العصب الحادي عشر (الإضافي): شلل بعضلات الرقبة الأمامية واختبار حركة الرقبة للأمام والخلف.
* والعصب الثاني عشر (تحت اللسان): ضمور وضعف اللسان.

- الكشف على الجهاز الهرمي (الحركي) بالمخ بملاحظة المشية والكلام وضعف وتشنج العضلات واختبار المنعكسات العميقة بالطرف العلوي (منعكس الركبة والكاحل) وكذلك اختبار المنعكسات السطحية مثل منعكس يابنسكي بالقدم والمنعكس البطني.
- الكشف على الجهاز خارج الهرمي: صمل بالعضلات ورعشة بطء وقلة الحركة وجمود تعبيرات الوجه أو ما يسمى المقنع.
- الكشف على الجهاز الحسي: اختبار الأحاسيس السطحية بالجلد (الألم

واللمس) والأحاسيس العميقة عند المفاصل (الحركة والوضع والاهتزاز) وكذلك اختبار معرفة الأحاسيس (معرفة شكل الأشياء وتحديد وتمييز الأشياء).

- الكشف على وظائف المخيخ: الرنح ورراراة العينين اختبارات التسديد للهدف؟
- اختبار وظائف المخ المعرفية: إدراك الزمان المكان والأشخاص. الذاكرة الذكاء الانتباه، المعلومات العامة، معرفة الأحاسيس، تنفيذ الحركات وتنفيذ الكلام.
- الكشف عن الجمجمة والعمود الفقري.

البحوث العملية للجهاز العصبي تشمل الآتي:

1- صورة الأشعة للجمجمة - تفيد في تشخيص كسور الجمجمة علامات زيادة ضغط سائل المخ ووجود أورام داخل الجمجمة.

2- رسم المخ الكهربائي: تفيد في تشخيص الصرع ولتحديد إصابات المخ البؤرية وللتفريق بين الأمراض الوظيفية والعضوية.

3- تصوير مقطعي بالكمبيوتر للمخ مأمون وفي غاية الأهمية لتشخيص أورام واوزيما وضمور المخ.

4- يجب إجراء الأبحاث المعملية التالية في حالة الاشتباه في مرض نفسي عضوي نسبة الهيموجلوبين ونوع الدم وقياس سرعة الترسيب بالدم. تحليل دم لليوريا والكرياتنين والعناصر. وكذلك للبروتين ونسبة السكر وقياس وظائف واختبارات مرض الزهري مثل ف درل vdrl، تحليل البول للسكر والاسيتون والزلال والخلايا. في حالة التهاب مجرى البول وعمل اختبار حساسية ومزرعة للبول. ويجب ألا ننسى تحليل الدم والبول للخمر وأدوية التعود في كل حالة الهذيان.

5- فحص الحالة النفسية خصوصاً حالة الوعي وأمراض الهذيان والعته التي سبق

شرحها إجراء بعض المقاييس النفسية لتقرير درجة العته. غرض الطبيب في حالة فحص الجهاز العصبي والبدن هو معرفة نوع المرض النفسي العضوي وأسبابه حسب العلة بالجهاز العصبي تقسم الأمراض النفسية العضوية إلى أمراض منتشرة وأمراض عضوية في المخ - *الأمراض البؤرية تقسم إلى متلازمات حسب مكان الإصابة بالمخ:

متلازمة الفحص الجبهي:

أعراضه التبلد وعدم المبالاة وفقدان التلقائية وعدم المبادرة، إهمال الملبس والعادات. عدم التحكم في السلوك الهزل الضحك السخيف بالإضافة إلى بعض الأعراض العصبية مثل صعوبة الكلام والحركة وعدم التحكم في التبول والتبرز وظهور بعض المنعكسات الشاذة.

متلازمة الفص الصدغي:

أعراضه اضطراب الذاكرة، فقد الذاكرة الحديثة وعدم إدراك المكان والزمان وعدم القدرة على الأداء الحركي وعدم معرفة الأحاسيس السلوك العدواني والجنس الشاذ بانعدام الذات مع الشعور بالقلق وأعراض صرع الفص الصدعي واضطراب اللغة والكلام.

متلازمة الفص الجداري:

أعراضه اضطراب اللغة والكلام والحساب، اضطراب الوظائف المعرفية مثل فقدان الإدراك بالزمان والمكان، عدم القدرة على الأداء الحركي وعدم معرفة الأحاسيس واضطراب ذهن المريض بالإضافة إلى بعض العلامات العصبية.

متلازمة الفص الفقري:

معظم أعراضه متعلقة بالرؤية مثل صراعات وهلاوس البصر. فقد المعرفة وعيوب بساحة النظر وقوة الإبصار.

متلازمة عسر التذكر:

وأعراضه ضعف الذاكرة وخصوصاً للأحداث القريبة وملء فراغات الذاكرة

بالتخاريف وعدم إدراك الزمان وأحياناً يصاحب هذه الأعراض التهاب بالأعصاب الطرفية. تحدث هذه المتلازمة من تلف بمنطقة الدماغ منتشرة بالمخ يعاني منها ويصنف إلى عته قبل الشيخوخة وعته الشيخوخة.

عته قبل الشيخوخة:

يبدأ في وسط مرحلة مبكرة من العمر عن الشيخوخة (65-70) من العمر ويصنف حسب الأسباب إلى عته قبل الشيخوخة أولى حين لا يوجد سبب واضح ويعلل بأسباب وراثية. وعته قبل الشيخوخة ثانوي للأسباب التي سبق شرحها من قبل.

عته الشيخوخة:

قد يكون من الصنف الأول الوراثي. أو يكون عتهاً ثانوياً كما في تصلب شرايين المخ المنتشر. تفاصيل عته الشيخوخة وعته قبل الشيخوخة ستأتي فيما بعد عندما نتكلم عن أمراض الشيخوخة النفسية وأمراض المخ العضوية.

الأمراض النفسية العضوية العرضية:

مترادف: متلازمات نفسية عضوية خارجية المنشأ

تعريف: أمراض نفسية تنتج من أسباب بدنية لها تأثير على الدماغ. الأمراض البدنية مثل الحميات. السموم ونقص الفيتامينات والاضطرابات الاستقلالية تؤدي إلى ظهور أعراض نفسية تتجمع الأعراض النفسية لتكوين المتلازمات السريرية الآتية:

1- الهذيان الحاد ولقد سبق شرحه.

2- الهذيان تحت الحاد. نوع معتدل من الهذيان يتميز بتموج حالة الوعي. وهي تشتد بالليل حين يختلط وعي المريض مع اضطراب الإدراك والذاكرة ويصبح الواعي صحواً بالنهار مع اضطراب التفكير مما يجعل التفريق من الفصام صعباً.

3- متلازمة عسر التذكر أو ذهان كورساكوف: أهم أعراضه ضعف للأحداث القريبة والاحتفاظ بالذكريات البعيدة مع ملء فراغات الذاكرة القريبة بتخاريف

مثلاً عند سؤال المريض متى دخل المستشفى النفسية، أجاب بأحداث دخول قديم منذ عشرين عاماً لإجراء عملية جراحية بمستشفى آخر.

4- العته المزمن.

5- عته عصبي عرضي أو النيوراثينيا: أهم أعراضه الفتور والضعف العام وعدم القدرة على مزاولة النشاط الذهني والبدني العادي مع سرعة الاستثارة والاكتئاب.

6- ترسيب ذهانات وظيفية مثل الهوس والاكتئاب والفصام بنفس الأعراض.

أسباب الأمراض النفسية العرضية:

الأمراض البدنية وثيقة الصلة بالأعراض النفسية التي قد تكون جزءاً من المظهر السريري للمرض وتضم الآتي:

أ- أمراض الغدد الصماء:

1- فرط إفراز الغدة الدرقية أو التسمم الدرقي.

2- نقص إفراز الغدة الدرقية او المكسيديما.

3- فرط إفراز قشرة الغدد فوق الكلية أو مرض كشنج.

4- نقص إفراز قشرة الغدد فوق الكلية أو مرض اديسون.

5- فرط إفراز نخاع الغدد الكلية أو الفيوكروموسيتوما.

6- فرط أو نقص إفراز الغدد جنب الدرقية.

7- فرط أو نقص إفراز الغدة النخامية.

8- فرط أو نقص السكر بالدم.

9- أمراض الغدد الجنسية.

ب- الاضطرابات الاستقلابية أو عمليات الهدم والبناء بالجسم:

1- أمراض الكلية أو اليوريميا.

2- أمراض الكبد أو الكوليميا.

3- نقص الأكسجين بالدم.

4- اضطرابات المعادن والماء بالدم.

5- بورفيويا.

ج- نقص الفيتامينات:

1- نقص حمى النيوكوتنيك.

2- نقص فيتامين ب1 الحاد أو اعتلال فرنيك الدماغي.

3- نقص فيتامين ب1 المزمن أو متلازمة كور ساكون.

4- نقص فيتامين ب12 وحامض الفوليك أو الأنيميا الخبيثة.

د- التسمم والإدمان:

1- إدمان الخمر وأدوية التعود.

2- تسمم غاز أول أكسيد الكربون.

3- تسمم البرومايد.

4- تسمم الرصاص.

هـ- التهابات أعضاء الجسم والحميات.

و- مضاعفات بعد العمليات الجراحية.[1]

العوامل السببية في الاضطراب البنفجسمية:

في هذا النمط من الاضطرابات البنفجسمية يصعب عزل العوامل النفسية من العوامل الجسمية. والمعروف أن الشخص السوي يصرف انفعالاته وتوتراته كعدوان من خلال الأنشطة الملائمة اللفظية او العملية وقد لا يحتاج إلى العراك أو المشاجرة الفيزيقية لهذا التصرف وإنما يكفي أن يكون صريحاً في التعبير عن خيبة أمله في شخص ما أو يستهلك أو يصرف مشاعره العدوانية في الأنشطة الرياضية أو الترويحية. وهناك بغض أنماط الضغط التي تولد أنواعاً معينة من ردود الفعل.

---

(1) حلمي أحمد حامد، مبادئ الطب النفسي، الصفا للطباعة والنشر، ط الأولى، 1991، ص 123-132.

فالشخص الطموح والذي يعمل مدرباً لفريق كرة قدم نتوقع أنه قد يصاب بالقرحة إذا استمر فريقه في خسارة المباريات[1]

الهوس الاكتئابي:

الاكتئاب في الطب العقلي إشارة إلى مجموعة الأعراض الإكلينيكية قوامها خفض نغمة المزاج الوقتي، صعوبة التفكير والتخلف الحركي النفسي، والتأخر عموماً الذي يغلفه القلق وتسلط الأخطار وتهيج بعض الأحزان والهموم وأول من أفرد الاكتئاب الجنوني ككيان مرضي مستقل ووصف أعراضه (كريبلين) 1896 فقال عن الهوس الاكتئابي أنه حالة تتميز بفترات طويلة أما من الزهو أو الاكتئاب أو تعاقب كليهما مع فترات راحة طويلة بينهما وقد تحدث هذه النوبات طوال حياة الشخص ولا تؤدي مطلقاً للخبل أي التدهور العقلي ومن قبل كان هذا المرض يتمايز بالنواحي الوجدانية فيه أكثر من العقلية وباضطرابات المزاج أكثر من التفكير. وليس هوس الاكتئاب كذهان دوري اضطرابات عقلية نادر الحدوث وكان كرتشمر قد قال أن غالبية مرضى الهوس الاكتئابي من الناحية الجسمية قصار القامة، ممتلئي الجسم، غلاظ الرقبة.[2]

الصرع النفسي المنشأ:

لا شك أن الحديث عن صرع يرجع إلى أساس نفسي انفعالي أمر يثير الدهشة لدى علماء الطب النفسي والأعصاب وذلك أن معظم الدراسات حول الصرع تشير إلى أنه يرجع في الغالب إلى إصابة عضوية دماغية إلا أن الدراسات المتقدمة حول التحليل النفسي تشير إلى وجود مثل هذه العوامل النفسية وراء نوبة الصرع ومن أجل ذلك لابد من العودة إلى بعض المفاهيم أو الأسس العلمية والطبية وحتى يتم مناقشة الأمر على أرضية من الحقائق الموضوعية فمن المعروف

---

(1) عبد الرحمن محمد العيسوي، باثولوجيا النفس دراسة في الاضطرابات العقلية والنفسية، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، ط الأولى، 1990- ص 280.

(2) كمال الدسوقي، الطب العقلي والنفسي، علم الأمراض النفسية، دار النهضة العربية، بيروت، 1973. ص 161-165.

علماً أن العرض ليس هو المرض كما أنه ليس هو سبب المرض، وأنما هو المظهر الخارجي والعلامة الدالة عليه سطحياً ومن هنا فإن العرض هو ظاهر المرض وليس حقيقته وإشارة إلى وجوده لا إلى نوعه فالقلق والخوف والارتعاش وارتفاع درجة الحرارة والدوخة كلها أعراض.

أن هناك عدة صور لاستجابات الأباء تتدرج بين التطرف والاعتدال ومن هذه الصور:

1- مريض بالصرع يلقي الاهتمام والرعاية والعطف الزائدين بحيث تلبي جميع احتياجاته ومتطلباته، ويفرط الأباء في ذلك مما يقضي على استقلالية المريض واعتماده على نفسه ويجعله لا يحتمل المسؤولية.

2- مريض بالصرع يواجه من قبل أفراد أسرته بالرفض، والنبذ، والحرمان، الكره، القسوة، وعدم التشجيع، كما يلقي من المعاملات ما يجعله يهمل العلاج أو ينسى أوقات العيادة أو أوقات الكشوف الطبية الدورية أو يشعر المريض بفقدان عضويته في الانتماء إلى أسرته أو نجده يتمرد على العادات والتقاليد، وقد يعتدي على الغير وقد يحقد.. كنوع من تحدي سلطة الوالدين والانتقام منهم. وقد تحدث لديه اضطرابات في الطبع أو اضطرابات عصابية وكلها تهدف إلى تأكيد الذات ولفت نظر الوالدين والآخرين إلى ما يعاني منه من مشاعر الذل والإهمال.

3- مريض الصرع يلقى الفهم الكافي والرعاية المناسبة من قبل والديه وفي مثل هذه الحالة نجد المريض يساهم مع أسرته ووالديه في مواجهة مشكلته الصحية.*

ذهانات سن اليأس:

إن سن اليأس هي مرحلة الانحدار العقلي والفيزيقي والذي يبدأ بتغير الحياة المعروف أنه عند البلوغ يكتسب الفرد القدرة على الإنسال أو التناسل أي إنجاب الأطفال وعندما تتغير ظروف الحياة يفقد الفرد هذه الوظيفة وتلك القدرة ويدخل

* فيصل محمد خير الزراد والصراع في الطب وعلم النفس، دار المريخ للنشر، السعودية، سنة 1985، ص 146-156.

المرحلة المؤدية إلى كبر السن ثم الموت وبالنسبة للشخص السوي فإنه يقبل كل مرحلة ويتكيف بالضبط كما يجد الشخص الصغير صعوبة في التكيف في أثناء مرحلة المراهقة. لقد كان يعتقد في الماضي إن ذهانات سن اليأس ترجع إلى اختلال التوازن الهرموني ولكن لم يلاحظ أن فرق غدي بين هؤلاء المرضى وبين الأسوياء من أسباب سنهم وعلى وجه الخصوص بالنسبة للمرأة التي حاولت الإبقاء على شبابها وعلى جمالها والتي تشعر بالفخر والاعتزاز بقدرتها على إنجاب الأطفال ويعتبر الوصول إلى سن اليأس خبرة درامية أو مؤلمة ويعني شكلها الآن قد خسرت المعركة في النهاية.

ميلانخوليا سن اليأس:

ميلانخوليا سن اليأس مرض ينتاب الإنسان في صورة اضطراب يتمثل في ردود فعل اكتئابية تتميز بالتهيج وإدانة الذات أو لومها ويحدث هذا الاضطراب في مرحلة سن اليأس عندما يواجه الإنسان سلسلة من التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالتدهور العقلي والبدني[1]

الشيخوخة:

بعد تمام نمو الكائن الحي يبدأ في الشيخوخة وتبدأ الشيخوخة في بعض الحالات ببطء وفي هذه الحالة يمكن تسميتها بالشيخوخة الفسيولوجية الوظائفية العادية. وفي حالات أخرى يبدأ الهرم في وقت مبكر قبل الأوان مثل هذه الظاهرة تسمى (بالشيخوخة المرضية) وتستهدف العلوم البيولوجية والطبيعية وفروعها - دراسة الشيخوخة دراسة أمراض الشيخوخة التي تدرس ظاهرة الشيخوخة إطالة عمر الإنسان ومن الأبحاث المشهورة جداً في هذا الموضوع. وتتلخص أعراض الشيخوخة في تغيير سير عمليات التحول الغذائي في بادئ الأمر.

وتحدث هذه التغيرات في الأعضاء والأنسجة المخلفة للجسم بسرعات مختلفة ولكنها تزداد جميعاً بالتدريج. تتراكم في خلايا الجسم نواتج الهدم السامية ويتلاشى

---

(1) عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر الأمراض النفسية والعقلية السيكوماتية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د ت، ص 257، 209.

الامتلاء الطبيعي للأنسجة ويعتبر إبطاء عمليات التجدد الفسيولوجي من أهم الصفات المميزة للشيخوخة. إلا أنه يحتفظ بالقدرة على التجدد التعويضي كما يحدث تصلب في الشرايين. ويأخذ الجلد في التجعد. ويشيب الشعر ويقل نموه[1].

عصاب توهم المرض:

ويشير هذا العصاب إلى وجود توهم مرضي مؤلم حول أمور الصحة والمرض عند الفرد أن الإعلانات الحديثة تقدم غذاءً سهلاً للشخص الذي يشعر بالقلق حول صحته وانتظامها وعما إذا كان يحصل على قدر كافٍ من الفيتامينات والأملاح ثم كيف يتجنب نوبات البرد والإصابة بالفيروسات وتجنب السرطان والزهري إلى غير ذلك من الأمراض الخطيرة ويشعر المرضى توهم المرض أن صحتهم متدهورة. بل الأكثر من ذلك أنهم يشعرون أنهم على حافة شيء خطير ومأساوي في شكل الأمراض الخطيرة التي ستفتك بهم وأنهم يعانون من سوء الهضم المزمن ومن التخمة ومن الصداع ومن امتلاء البطن بالغازات ومن الإمساك ومن الآلام الصدرية آلام البطن ويشعرون بقلق كبير حول دقات قلبهم وعندما يشتد قلقهم بخوف مدمر من الموت وعندما يذهب الواحد إلى الطبيب يؤكد له أن صحته مائة بالمائة ومن أعراض هذا المرض شكوى المريض من الصداع ومن الأرق أو السهاد أو فقدان النوم كما يعاني المريض من حالة الثورة والتهيج وعدم الاستقرار أو عدم الشعور بالارتياح وبنوع خاص يعاني من الشعور بالتعب والإرهاق والكسل والتراخي والكلل أو الكلال أو الإعياء والفتور. كما يشكو المريض من حالة خفيفة من عسر الهضم ومن الإمساك تلك التي يعزو إليها المريض شعوره بالتعب[2]

الهرمونات والغدد الصم:

على الرغم من أن الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي السمبتاوي

(1) عبد الفتاح محمود دويدار، الأساس البيولوجي والفسيولوجي للشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992، ص108.

(2) عبد الرحمن العيسوي، الأعصاب النفسية والذهانات العقلية – دار النهضة العربية – بيروت 1995 – ص 237، 238.

يشرفان على جميع أنحاء الجسم ويعتمد مدى كفاءة أعضائه هذين الجهازين على الإشراف والتوجيه فإن بعض تلك الأجهزة ذاتها مثل القلب والغدد الصماء تؤثر بدورها في قدرة ذلك الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي السمبثاوي على العمل واستمرار بذل النشاط فثمة تعاون متبادل أذن بين الغدد وما تفرزه من هرمونات وبين المخ وما يضطلع به من أعمل إشرافية على عمل تلك الغدد.

إن المخ يمكن أن يضبط عمل جميع تلك الغدد أو بعضها وذلك بما يفكر فيه من أفكار وما يحس به من وجدانات ولكن من جهة أخرى فإن المخ لا يستطيع أن يفكر تفكيراً سليماً ولا أن ينتحي إلى وجدانات متزنة إلا إذا كان هناك ما يسمى بالاتزان الغددي على أن تكون كل غدة قد قامت بإفراز المطلوب منها إفرازه من هرمونات بنسب معقولة بلا زيادة أو نقصان فإنت عندما تدرك موقفاً خطراً فإن مثل ذلك الإدراك إنما يكون قد تم بواسطة فمك ولكن ما أن يتم ذلك مثل ذلك الإدراك العقلي حتى يقوم جزء معين من فمك بإصدار أوامر معينة إلى بعض الغدد الصم وعلى رأسها الغدتان فوق الكليتين بأن تفرز كمية أكبر من هرمون الأدرينالين حتى تلبس الكائن الحي كله بحالة انفعالية معينة هي الخوف والغضب في نفس الوقت وهكذا نجد أن المخ قد أثر في مجريات الأمور في نطاق الغدد الصم وفي مناشطها ولكن مثل ذلك الإفراز الذي يأمر به المخ وربما يؤثر في عمليات الإدراك ذاتها[1]

لقد اتخذت الدراسات التي تحاول بيان أثر الغدد على الشخصية أشكالا مختلفة. ففي البداية كانت الدراسات تقوم على الملاحظة الإكلينيكية لأولئك الذين يعانون من اضطرابات في نشاط الغدد لأسباب طبية وملاحظة التغيرات التي تطرأ عليها وحديثاً تقوم الدراسات على التطعيم بخلاصة هرمونات معينة وبيان أثرها كما تستأصل الغدد من الحيوانات دون ما حاجة مرضية لذلك. وهكذا يتم التوصل حالياً إلى معلومات مستفيضة عن الغدد ووظائفه[2]

---

(1) يوسف ميخائيل أسعد – التفاؤل والتشاؤم – دار النهضة للطباعة والنشر – القاهرة د. ت –ص 208 ص 209.

(2) سعد جلال – في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية – دار الفكر العربي القاهرة – 1986–ص360.

التخلف العقلي:

ذهب الباحثون إلى أن هناك ثلاث أسباب محتملة للتخلف العقلي قد يجتمع تأثيرها أو ينفصل وفقاً لظروف كل حالة هي نقص الاستثارة البيئية من بين الأسباب المفترضة للتخلف العقلي ونقص الاستثارة البيئية الكافية اضطراب العوامل الوراثية الأسباب الفسيولوجية أو الطبية وقد تحدث بعض الاضطرابات في نمو الفرد لا ترتبط بعملية الإخصاب أثناء الحمل أو بعده وتؤدي إلى التخلف العقلي مثل سوء التغذية والأمراض التي تصيب الحمل والإصابات التي تحدث أثناء عملية الولادة مثل المنغولية التي تسبب التخلف العقلي وذلك ناتج عن نقص اليود في جسم الأم أثناء فترة الحمل.[1]

---

(1) أرنوف ويتج – مقدمة في علم النفس – ترجمة عادل عز الدين الأشول وآخرين – دار ماكجورهيل – القاهرة – 1971 – ص 289.

المدارس في العلاج النفسي

1- العلاج النفسي التحليلي:

يقوم العلاج التحليلي على أساس عدة أسباب رئيسية نجملها في الآتي:

- الحتمية النفسية:

بمعنى إن ظواهرنا النفسية ليست وليدة الصدفة أو العفوية وإنما تخضع لمبدأ العلية أو السببية ويعني هذا أنه يوجد تفسير عقلي لظواهر الأحلام والخيالات والأوهام والزلات والزلفات.

- الكتب واللاشعور:

يعني هذا المبدأ أن هناك بعض العمليات العقلية التي لا تشعر بها وخاصة الرغبات والصراعات التي تترسب إلى أعماق اللاشعور عن طريق الكتب وغيره مع العمليات الدفاعية واللاشعورية.

- التداعي الحر والمقاومة:

إن ثبات الذات الوسطى تحمي الفرد من الكشف عن الحوادث المؤلمة والصراعات ولذلك ينتج عن الذات ما يسمى بالمقاومة ولقد ابتكر فرويد أسلوب التداعي الحر للتغلب على مقاومة المريض.

ثانيا: العلاج النفسي الجاشد: لتي:

ويتضمن العلاج الجاشطالتي إدخال العلاجية حيث بحث دائماً على أن يحدد ويوضح أهداف وينمي وعيه وأن يصل بنفسه إلى قراراته أكثر من انتظار الشفاء فهذا المنهج يركز على ما يوجد هنا والآن.*

إجراءات العلاج النفسي

من إجراءات العلاج النفسي ما يلي:

---

* د. عبد الرحمن العيسوي- العلاج النفسي - ص 157 - دار الفكر الجامعي - الإسكندرية.

- تهيئة جو علاجي سار مشبع بالأمن والراحة يتيح فهم السلوك.
- إقامة علاقة علاجية بين المعالج والمريض.
- السماح بالانفعال حيث يفرغ العميل ما بنفسه من انفعالات.
- الاستبصار وذلك بالتعرف على نواحي قوة العميل الإيجابية فيزيلها ونواحي ضعفه فيعالجها.
- التعلم وإعادة التعلم حيث يتعلم الفرد أساليب السلوك السوي.
- نمو الشخصية على أساس نمو البصيرة وتغير السلوك إلى الأفضل.
- إنهاء العلاج وشعور العميل بقدرته على الاستقلال والشعور العام بالتوافق والصحة النفسية.(*)

العلاج البيئي أو الاجتماعي Environment Treatment Orsociotherapy

للعلاج الاجتماعي عدة تعاريف نذكر منها ما يلي:

العلاج الاجتماعي وهو مجموعة الآثار الشخصية والخدمات المادية التي يشير بها التشخيص الاجتماعي، للمريض وذلك بهدف تحسين موقفه من البيئة والمجتمع والعلاج الاجتماعي له هدف أصيل هو تحسين وظيفة الفرد في المجتمع وذلك بتحسين وجهة (الأنا) في السلوك عن طريق تمكن الفرد من إدراك آثار النواحي الخفية الماضية للمشاعر والسلوك.

ويهدف العلاج البيئي أو الاجتماعي إلى استعادة نشاط الفرد الاجتماعي بشكل سريع ومتزن، وهذا يتضمن التأثير في شخصية المريض بحيث تصبح متجهة للتفاعل الاجتماعي للتفاعل الاجتماعية[1].

ويعاني المريض في حالات كثيرة من آثار مادية أو معنوية صادرة من بيئته

---

* د. حامد عبد السلام زهران – علم نفس النمو 1955 – جامعة عين شمس ص 462 الإسكندرية.

(1) فيصل محمد خير الزراد. علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية (1988) دار العلم للملايين.

ويتفاعل معها تفاعلات غير سوية. وهذا يتطلب عدة جلسات علاجية لعلاج الأسرة ومشاكلها.

وقد يظهر المعالج إذا كان بصدد طفل منبوذ من أسرته أن يضع هذا الطفل في أسرة بديلة وأيضاً فأن المدرسة تلعب دوراً كبيراً في العلاج الاجتماعي وهذا يتم التعاون مع المدرسين ولابد من تعاون الأسرة والمدرسة بالنسبة إلى المريض نزيل المستشفى ويجب العمل على إحداث تغير الظروف الاجتماعية الخاصة بالفرد والاستعانة بالنوادي والمعسكرات ويجب متابعة المريض بعد عودته إلى المجتمع وإعادة الثقة في نفسه وزيادة التفاعل ومن أساليب العلاج الاجتماعي العلاج الشخصي الذي يعده إلى تقوية ذات المريض ولتحقيق التوازن.

العلاج الاجتماعي Sociothrapy:

يدخل العلاج الاجتماعي ما يسمى العلاج البيئي وعلاج المحيط البيئي Milieu therapy وعلاج الدفعة الكلية.

والعلاج الاجتماعي عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها وضبطها أو تقل المريض أما مؤقتاً أو بصفة مستديمة من البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الاضطراب النفسي إلى بيئة اجتماعية أخرى بما يتيح ويحقق التوافق النفسي السوي المنشود.

هدف العلاج الاجتماعي:

هو تغير وضبط البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الاضطراب ،جعلها بيئة اجتماعية علاجية سواء كان ذلك في الأسرة والمدرسة أو العيادة النفسية أو في المجتمع بصفة عامة.

والعلاج الاجتماعي أكثر جدوى في حالات الأطفل والمراهقين منه[1]

علاج الجماعة:

يستند العلاج إلى وجود أكثر من عمليات في الجلسة العلاجية في وقت واحد

(1) حامد زهران، الصحة النفسية (1977). سالم الكتب. ص 329- 332.

ويقوم مثل هذا العلاج على افتراض مؤداه أن الجماعة العلاجية توفر للعميل موقفاً اجتماعياً ينتج له حل المشكلات التي قد ترجع في شأنها إلى ثمة أوضاع اجتماعية خبرها الأفراد.

وقد تتألف الجماعات العلاجية من مرضى من بيئات مختلفة أو ربما يكونون في بعض الأحيان أعضاء في أسرة واحدة وتسمى بعض الجماعات المواجهة وتتألف من أشخاص قد لا تبدو عليهم بالضرورة أساليب السلوك الشاذ وإنما فقط اختاروا على أن يتقابلوا سوياً في محاولة لزيادة الوعي واكتساب القدرة على تحقيق ذلك[1]

الطب العقلي الاجتماعي:

لقد استخدم هذا المصطلح حديثاً وبمعان متعددة غير أن لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة العالمية في تقريرها السابع الذي خصصته لهذا الموضوع استخدمته للإشارة إلى الطرق الوقائية والعلاجية التي تتجه نحو توفيق الفرد لحياة مشبعة ومفيده من ناحية بيئته الاجتماعية.

والوصول إلى هذا الهدف يحاول أخصائي الطب العقلي الاجتماعي أن يهئ للمرضى عقلياً أولاً أولئك الذين في خطر .

وفي هذا التعريف يوجد مضمون أساس:

أولهما: أن المريض عقلياً يمكن أن يتوافق في بيئة اجتماعية معقلة[2]

وثانيهما: أن تهيئة الظروف المناسبة للاتصالات الاجتماعية المناسبة مفيد في الوقاية من الأمراض العقلية.

أن العلاج المهني مما نادى به الكثير من أطباء الأمراض العقلية وليس الغرض منه الوصول إلى قمة الإنتاج أو شغل المريض.

---

(1) د. أرنوف. وينتج. ملخصات ومسائل له مقدمة في علم النفس 1981، دار ماكجر وهيل. ص 302.

(2) سعد جلال في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية 1986 دار الفكر العربي "القاهرة" ص 118 – 120.

ولكن الغرض هو إيجاد فرصه له للاحتكاك الاجتماعي لتنقية شخصيته.

وقد استخدم العلاج المهني كوسيلة لإخراج المريض خارج الجدران لإنشاء علاقات مع المجتمع وكتسهيل العودة للبيئة الطبيعية.

وفي مقال كتبه "كيسين وكارميل" 1960 ينص على تأهيل من سبق لهم دخول المستشفيات ويعطيان أهمية لخدمات مرحلة الانتقال بين البيئة العلاجية والعودة إلى المجتمع ويؤكدان أهمية وجود بيوت وسيطة. وأندية اجتماعية وغيرها من الأنشطة التي تمهد للمريض عودته وتزوده بخبرات منبعه حتى يتمكن من عودة التعرف على البيئة وعودة البيئة إلى التعرف عليه.

الخدمة الاجتماعية والطب العقلي :

هذا ميدان من ميادين التخصص في الخدمة اجتماعية يعمل الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات والمستشفيات التي ترعى هذا النوع من الحالات ويضع الأخصائيون الاجتماعيون الذي يعملون في هذه المؤسسات خبراتهم العملية تحت الإشراف الفني بالعمل في الميدان[1].

العوامل البيئة:

هذه العوامل أما عامة وأما خاصة فالعامة هي التي تؤثر في الفرد باعتباره فرداً من أمة[2].

أو أن مجموعة من الناس خاضعة لظروف معينة عامة فالحياة في المدن بما يكثر فيها ضوضاء تؤثر في الأعصاب وتجعل الإنسان عرضة للإصابة بالأمراض العقلية وتهز كيان النفس وهذه هي نتائج الحياة الحاضرة ولذا يقال أن المرض العقلي هو مرض المدينة والحضارة يدل على ذلك قلة الأمراض العقلية بين القبائل والشعوب المتأخرة في الحضارة.

---

(1) سعد دلال. في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية 1986 دار الفكر القاهرة 118-120.

(2) حامد عبد القادر. العلاج النفسي قديماً وحديثاً 1947 دار أحياء الكتب العربية ص 120 - 123.

ومن المحقق أن العلاقات الاجتماعية الكثيرة والواجبات المدنية التي تفرضها على الناس ظروف الحضارة من أشد العوامل تأثيراً في الحياة العقلية ومن المحقق إن كثيراً من الأمراض العقلية ينشأ في الغالب عن عجز أو نقص في انسجام الفرد مع بيئته الاجتماعية.

العوامل البيئية الخاصة أهم من العوامل العامة

1- لها بالغ الأثر في الحياة الفرد العقلية.

2- لأنه من الممكن إلى حد كبير جداً تجنبها.

وتكاد هذه تحصر في فشلنا في إخراج أطفال مزودين بقسط مقبول من الصحة القلية الالتزام الوجداني ومن مظاهر ذلك الفشل:

1- عدم نجاحنا في معاونة الأطفال على التحرر من سلطات الآباء والأمهات.

2- القسوة في تأديب الأطفال والشدة عليهم بدون مبرر.

3- تدليل الأطفال والاستسلام لرغباتهم استسلاماً تاماً.

4- الإهمال في التربية الجنسية إهمالاً يترتب عليه انغماس الشبان في الأحلام الجنسية.

5- الصراع الدائم بين الوالدين على مرأى ومسمع أولادهم.

والتكنيك الذي يجسده الأخصائي هو دراسة الحالة والتي تعرف وجهة نظر الخدمة الاجتماعية بأنها الطريقة المهنية، التي يمكن مساعدة الناس بهدف استغلال قدرات الفرد في بيئته للتوصل إلى تكيف أحسن.

والخلاصة أن الأخصائي الاجتماعي رجل مدرب له قدرة على المقابلة ولديه معرفة عن العلاقة الأسرية وديناميكياتها والنظم الاجتماعية السائدة في المجتمع وتهدف الخدمات التي يقوم بها الأخصائي النفسي والاجتماعي على حد سواء لتنسيق الاتصال بينه وبين الأخصائيين في المؤسسات الأخرى في البيئة لتنسيق الخدمات وتحقيق أقصى ما يمكن منها.

أسباب التشخيص الطبي والنفسي والاجتماعي:

يقصد بالتشخيص معرفة كم المرض، أي معرفة طبيعة المرض ومدى شدته وشموله أي تحديد المرض أو الاضطراب أو الخلل أو المشكلة أو مظاهر الانحراف كذلك يقصد بالتشخيص diagnosis تصنيف الفرد على أساس سمات معينة.

والتشخيص هو أول خطوة يقابلها المريض عندما يدخل إلى مستشفى الأمراض العقلية أو يذهب إلى إحدى العيادات النفسية حيث تشخص حالته ويهتم المسؤولون بتحديد المرض وطبيعته تحديداً دقيقاً ويلزم أن يكون التشخيص كاملاً، وإن يحفظ في سجل دائم وتفيد هذه المعلومات في العلاج وفي إجراء البحوث على حد سواء وتختلف أساليب التشخيص باختلاف الهدف من أجرائها، وباختلاف المؤسسة التي تجريها فإذا كان الهدف هو إدخال المريض إلى إحدى المؤسسات أو المستشفيات العلاجية فإن التشخيص يستهدف توضيح الأعراض، ويكون التشخيص قبل وبعد تقديم نوع العلاج لمعرفة تأثيره وفاعليه [1].

التشخيص قبل وبعد يتطلب الحصول على معلومات كثيرة طبية ونفسية واجتماعية وتاريخية، وبالنسبة للمعلومات الطبية تتضمن وصف حالة الفيزيقية للمريض وخاصة الظروف المرضية إليه يمكن أن تكون عوامل مسببة للمرض العقلي ويتطلب هذا فحص طبي وعصبي دقيقين.

أما المعطيات النفسية تتضمن أعراض المريض وشكواه وقدراته العقلية وصراعاته وتنظيم شخصية أما المعطيات الاجتماعية فتتضمن ظروف المريض المنزلية وحالته الاجتماعية "متزوج - أعزب - له أولاد" وظروف المهنية.

أما العملية وتكيفه الاجتماعي ومركزه المالي وفق حياته العام ويجمع الأخصائي في الطب العقلي الاجتماعي.

العلاجات الاجتماعية الحضارية The psychitril social worker [2]:

تتمثل العلاجات الاجتماعية الحضارية sociolututel therapes محاولات

---

(1) د عبد الرحمن، العلاج النفسي 1984 دار النهضة العربية بيروت ص 53 - 55.
(2)نفس المصدر السابق ص 55-56.

لعلاج السلوك وتوجد طريقتان منها الأولى عن طريق التحكم في البيئة الاجتماعية للمريض والثانية عن طريق تعديل المظاهر والتخلص منها والتقليل منها وينصب التركيز على الإطار الاجتماعي أكبر من الفرد.

العلاج الأسري Family therapy[1]،

ينصب العلاج الأسري على أن الفرد المضطرب هو بمثابة عرض لوضع الأسرة المضطرب وهذا العلاج يوجه اهتمامه إلى تفاعلات بين الأشخاص والتواصل بين أعضاء الأسرة والمعالجين يميلون إلى اتباع التوجه إلى التحليلي النفسي أو التوجه القائل بالذاتية ولكنهم يعملون مع أعضاء الأسرة المتكيفين بشكل واضح.

الطب النفسي للمجتمع Community Psychiatry،

فسر المرض النفسي وعولج في إطار السياق الديني حديث الثورة الأولى عندما أخرج المرض النفسي والعقلي من ذلك السياق ونظر إليه على أنه ظاهرة بيولوجية ارتبطت الثورة الثانية "بسيجموند فرويد" وتميزت هذه الثورة بانتقال المرض النفسي من المجال المرض النفسي بوصفه عرضاً للاضطرابات الاجتماعية.

وأسهم الطب النفسي التقويمي orthomolecular psychiatry إلى رجوعه إلى المجال البيولوجي خلال السبعينات ويعد الطب النفسي للمجتمع رد فعل للرعاية الصحية المركزية والمعتمدة على المؤسسات بفاعليتها المحدودة في علاج الذهانيين.

كما يعد رد فعل أيضاً لعدم المساواة الاجتماعية في نظام الرعاية الصحية إذ طلبت مراكز الصحة النفسية تعديلاً تشريعياً لإضافة خدمة الفرز التشخيصي Diagnostic screening للأفراد المعدين للقبول في الخدمات العامة للمرضى المقيمين والخدمات الصحية المخصصة ولكن بفهم أكبر لأهمية دور العمل الاجتماعي Departmen of Healtn and social security.

---

(1) عبد الغفار المدخل إلى عمل النفس المرض الإكلينيكي 1992 دار المعرفة الجامعية سكندرية ص 597 - 583.

العلاج النفسي الإكلينيكي للعصاب:

أن العلاج المستعمل في بعض طرق العلاج في الطب النفسي غير مألوفة في فروع الطب الأخرى، ولهذا يجب عرضها هنا قبل مناقشة العلاج الإكلينيكي والطبيب عادة هو المنسق لفريق متعدد التخصصات ويحتاج للعمل عن قرب من مهنيين آخرين مثل الممرضين، ومحترفي العلاج والأخصائيين الذي يقومون بالعمل الاجتماعي والسايكولوجين (علماء النفس) وأي شخص يمكن أن يكون مسؤولاً عن جزء معين من العلاج. ويكون على هذا الأساس استمرار العلاقة بين المريض والمعالج النفسي والتي يدلي فيها المريض بأعراضه على أساس الثقة ويستخدم المختص فهمه للمريض في أسلوب علاجي.

والعلاج النفسي ينطوي على كل العلاجات الأخرى في الطب النفسي وبالفعل هذا عنصر مهم في العلاج أثناء الطب السريري العيادي الإكلينيكي أكثر بكثير مما يتفهمه كثير من الأطباء، وينطوي على طريقة استماع مركز والذي من خلاله يشجع الطبيب والمعالج المرضى بوصف أعراضهم والتعبير عن شعورهم ويعكسون المشاكل ذات العلاقة في الغالب ما يكون له أثر صحي مسهل وإيجابي ولكن يتعين على المختص في العادة رؤية المرضى في فترات منظمة على مدى فترة طويلة وعليه أن يستعد بالنسبة لهم لأن يعتمد عليه.ويجب على المختص أن يعطي تفسيراً للعلاج والنصيحة والإرشاد العملي النفسي والتأكيد عند الحاجة أن العلاج النفسي المساعد لا يهدف إلى تغير نفسي أساس ولكن عند النجاح تحالف وتحسن التناسق مع الأشكال الأخرى من العلاج. وفي حالة المرضى ذوي الحالات الغير قابلة للعلاج التام والمزمنة فهي تكون مصدر مهم من المساعدة العاطفية على مدى سنوات عديدة وفي المقابل يحاول العلاج النفسي على إعادة بناء متناقضات وتصرف المريض النفسي وفق إحدى نظريات المدارس العديدة لنظرية التحليل النفسي والتي تهدف إلى استحضار الذكريات والدوافع من اللاوعي إلى الوعي للمريض عن طريق السماح له بحرية إيجاد العلاقة أو الوصف أو محتويات الأحلام التي يترجمها المعالج ويساعد المرضى في فهم وتعديل السلوك والتصرف نتيجة لذلك وخاصة

الذين يعانون من الحيرة والكآبة وأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية والخلل في الشخصية.

العلاج السلوكي

لقد اشتق العلاج السلوكي من المبادئ النفسية لنظرية التعلم التي تقول أن كثيراً من الخلل النفسي ينتج عن الأنماط الغير مكيفة من السلوك الذي تم تعلمه ويهدف العلاج بالتحديد إلى إزالة الأعراض وليس من الضروري التفكير في تعديل أو حتى معرفة العوامل المعرفية من تجارب المرضى السابقين. إن تحليل التصرف ضروري قبل وضع خطة العلاج وهذا ينطوي على تقرير مفصل للأعراض، ودرجة الحدة والتكرار والمدة مع تقييم للعوامل التي تقودهم وتحافظ عليهم. ولقد نشأت عدة أنواع من العلاج السلوكي.

العلاج للحساسية المنتظم

يستعمل هذا العلاج في علاج الخوف، الشك، الأرق، القلق والرهبة، الفزع ، وأنواع الخلل الأخرى المتعلقة بالشكل ويدعى بعلاج أبطال الحساسية.

وأهم العناصر بابطال الحساسية المنتظم

- تدريب المريض على الارتخاء.
- بناء مدرج هرمي لمواقف مثيرة للشك والحيرة.
- تقديم المريض أثناء الارتخاء التام لحافز مثير للشك والحيرة من التنظيم الهرمي المتدرج من الأسفل إلى الأعلى في الإحباط، ويمكن أن يعمل هذا في الخيال أو في الحياة الحقيقية.
- توضيح لمصدر المعاناة لهذا النوع من المرض.

وسوف نستعرض عدداً من الأمراض النفسية والحالات التي تهم كل من الانفعالات والاضطرابات العصبية والوجدانية الناشئة عنها والعلاج الإكلينيكي لها قدر الإمكان.

مفهوم المرض السايكوسوماتي

الأمراض السايكوسوماتية وهي أمراض نفسجسمية كما أتضح أمامنا تحدث نتيجة لضغط انفعالي أو مستمر من مشكلات وأعباء الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر في عصر أبسط ما يوصف فيه بأنه عصر القلق والسكتة القلبية والجلطة الدموية والذبحة الصدرية والسرطان والتهابات الدماغ.

إن الضغوط المستمرة الطويلة تؤدي إلى الأعراض السايكوسوماتية ومن أمثلة هذه الضغوط ما يعرض له مدير الشركة أو المؤسسة الذي يقضي أسابيع طويلة أو شهوراً كاملة في حالة طواري في المؤسسة[1]

أنواع الأمراض السايكوسامتية

تقسم هذه الأنواع حسب العضو الذي تصيبه، وعلى ذلك يمكن تمييز الأنواع الآتية:

1- أمراض الجهاز الهضمي Gastrionintestinl Disorders

أ- قرحة المعدة Stomach orpeptic

ب- قرحة القولون Ulcerative colitis.

جـ- السمنة المفرطة Excessive obesity .

أ- قرحة المعدة (Stomach orpeptic)

إن الإفرازات الزائدة هي حالة ضغط مزمن ناجم عن توتر انفعالي مستمر يؤدي إلى تآكل وتخريب جدران المعدة.

ب- قرحة القولون (Ulcerative colitis):

وقد أوضح العلماء بأن نزول الإفرازات المخاطية بالبراز واستمرار حالات الإمساك كلها دلائل على تعرض القولون لحالة من الاضطراب السايكوسوماتي.

---

(1) عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر، سنة النشر 1990، دار المعرفة الجامعية (الإسكندرية) ط، ص 283.

ج- السمنة المفرطة (Excessive obesity):

1- الربو Asthma.

2- الصداع النصفي migraine.

3- السمنة Obesity.

4- ارتفاع ضغط الدم High blood pressure.

5- التهاب الجلد Neurodemuatitis

6- التهاب الغشاء المخاطي أو القولون coltis.

تصنيف الاضطرابات السايكوسوماتية

تنقسم هذه الاضطرابات إلى الآتي:

1- الاضطرابات الجلدية أو ردود الفعل الجلدية.

2- الاضطرابات العضلية الهيكلية.

3- الاضطرابات التنفسية أو الجهاز التنفسي.

4- الاضطرابات القلبية الوعائية.

5- الاضطرابات الدموية والليمفاوية.

6-الاضطرابات المعدية المعوية.

7- الاضطرابات التناسلية.

8- اضطرابات الجهاز العصبي.

9- الاضطرابات الغدية أو المتعلقة بالغدد الصماء.

10- اضطرابات خاصة بالأعضاء الخاصة بالإحساس مثل آلام المفاصل المزمنة Chronic Conjunctivitis[1] .

(1) عبد الرحمن محمد العيسوي، مصدر سابق.

تصنيف الأمراض الجسمنفسية طبقا للحاجات الأساسية التي تنبع منها:

وهي حاجات يسبب عدم إرضائـها الأعـراض الجسمنفسـية بـالضبط وهـذه الحاجات هي:

1- الحاجة النفسية والدورة الدموية.

2-الحاجة الغذائية والإخراجية.

3- الحاجة إلى الحركة والراحة.

4- الحاجة الجنسية[1].

نشأة الطب السايكوسوماتي

الطب النفسي الجسمي Psychosomatic Medicine:

ولكن نشأة الطب السايكوسوماتي لم تكن مجرد ثغرة لبحوث مستقلة في أثـر العوامل النفسية في الأمراض العضوية، بل جاءت كنتيجة طبيعية لشعور عام بالتـبرم وعدم الرضا عن نتائج الأساليب الراهنة، لدى جمهرة المشتغلين بالمسائل الإكلينيكية.

فإذا نظرنا في باقي الأمراض التي تشقى بها غالبية المرضى في الوقت الحـاضر وجدنا أنها تتسم بسمتين:

الأولى: أنها تدخل في طائفة الأمراض المزمنة.

الثانية: إنها مما يقف عليها الطبيب مكتوف اليدين أو يكاد[2].

لقد أدى انتشار (الأمراض السايكوسوماتية) في العصر النووي المعقد الـذي نعيش فيه إلى زيادة الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية في التشخيص والعـلاج في نشوء هذه الأمراض دون أن نغض النظر عن العوامل الجسمية وهذا الاتجاه الجديـد في الطب أطلق عليه: الطب السايكوسوماتي Psychosomatic medicine وهو اتجاه يهتم بالمتاعب الشخصية والعائلية والمهنية والمالية والظروف الاجتماعية للمريض.

---

(1) د. أندرية مورالي- دانينو، علم النفس التطبيقي، دار النشـر النهضـة مصـر، سـنة النشـر 1979: ط، ص.

(2) د. مصطفى زيور، في النفس،سنة النشر 1986. دار النهضة العربية، بيروت. ط، ص 230.

التبول اللاإرادي:

يعد التبول اللاإرادي، مشكلة متكررة بالنسبة لمن يعالجون مشكلات الأطفال، سواء في عيادات توجيه الأطفال، أو في العيادات الخاصة.

يعتقد أيدور Eador وبيكارد Sicard أن التبول اللاإرادي يحدث نتيجة لتشنج موضعي يولده التوتر الزائد للعصب المبهم (جيرارد Gerard 1955).

قد يحدث التبول كتعبير عن العدوانية، تجاه سيطرة الأبوين، من جانب أطفال، يعتبرون باستثناء هذا العرض، خاضعين في سلوكهم العام.[1].

فإن التبول الليلي اللاإرادي يعتبر أكثر اضطرابات النوم إقلاقاً للآباء، لاتصاله بنظافة الطفل ومكان نومه، مع أن قلقهم يجب أن يوجه إلى ما هو أهم، وهو احتمال وجود سبب عضوي أو لا يمكن للطبيب التعرف عليه، أو أن هذا التبول يشير إلى كراهية الطفل لوالديه أو لأحدهم من ناحية (حيث يعتبر تنفيساً لاحساسات العدوان نحوهم).

وفيما يلي عرض عن الإجراءات المستخدمة للحد من التبول اللاإرادي عند الأطفال المصابين.

1- التقليل من كمية السوائل التي يشربها الطفل في النصف الثاني من اليوم.

2- تشجيع الطفل على التبول قبل النوم مباشرة.

3- منح الطفل مكافأة كلما استيقظ في الصباح، وكان فراشه جافاً.

4- إعطاء الطفل دواء مر المذاق قبل النوم مباشرة، وأخباره بأن هذا الروتين سوف يتوقف، عندما يتوقف هو عن تبليل الفراش.

5- استخدام طريقة المنبه Alarmclok والتي بمقتضاها يوقظ الطفل كل ثلاث ساعات خلال الليل، حتى تتم معرفة الوقت الذي يبلل فيه الفراش على نحو الدقة، حتى تضبط ساعة المنبه على هذا الوقت بعينه.

6- الحد من نشاط الطفل قبل النوم.

---

(1) محمد الظاهر الطيب، مصدر سابق.

التهتهة:

يقلق الآباء عادة عندما يشاهدون أطفالهم فيما بين الثانية والخامسة يكررون أجزاء من الكلمات قبل نطقها (تهتهة)، غير أن هذه (التهتهة) مسألة طبيعية في هذه السن، حيث أن الطفل يكون قد تكون لديه محصول لغوي من خلال السمع، وهو يريد أن يستخدمه في الكلام فيضطر إلى تكرار بعض المقاطع وبعض الكلمات حتى يتسنى له استخدامها استخداماً سليماً وبطبيعة الحال فإن هذه الظاهرة تقل مع نمو الطفل.[1]

أسباب التهتهة:

1- عوامل نفسية: حيث أن القلق والتوتر النفسي أو الخوف أو فقدان الشعور بالأمن أو الشعور بالنقص.

2- عوامل جسمية: وراثية أو بيئية.كالاستعداد العصبي الوراثي وكذلك الإصابة باضطرابات فسيولوجية أو التعرض لإصابة المخ أو إلى تغيرات كيميائية[2].

التشنج:

- **نوبات تشنجية:**[3]

ويلاحظ في هذه النوبات فقدان الوعي، مع تشنجات لا إرادية متصلة، وتسود معظم عضلات الجسم، وعلى جانبي الجسم.

- **نوبات تشنجية - ارتعاشية (أو اهتزازية)**

هي النوبات الصرعية التي تتميز بفقدان وعي شديد واضطرابات حشوية إعاشية vegetative، مع تتباعات لمراحل التشنج والارتعاش والنوبة غالباً ما تنتهي بحالة غيبوبة come لا تدوم طويلاً.

---

(1) محمد الظاهر الطيب، مصدر سابق.

(2) محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، دار الفكر الجامعي، 1986، ص 134.

(3) د. محمود عبد الظاهر الطيب، مشكلات الأبناء (من الجنين إلى المراهقة) سنة النشر 1989، دار المعرفة الجامعية الطبعة الأولى، ص 38، 39، 40.

- أشكال النوبة التشنجية[1]:

1- نوبات منفردة تتخذ صورة النوبة المعممة الصرعية التشنجية وتظهر لدى أفراد لديهم استعداد للتشنجات، ويغلب في مثل الحالات أن تسمى نوبات صراعية بل تشنجات ولأن الفرد يتعرض لهذه التشنجات، أكثر من مرة كما في حالات ارتفاع درجة الحرارة.

2- نوبات متكررة تحدها عوامل مثل الكحول والمخدرات، وحالات الإعياء الشديد.

3- نوبات مستمرة خطيرة، تتخذ خاصية الصرع وقد تؤدي إلى الموت[2].

الصداع:

أنواع الصداع:

1- الصداع الشرياني: ويعتبر هذا النوع من أكثر أنواع الصداع انتشاراً في العالم ويشرحه الباحثون على النحو التالي:

إن ضغوط البيئة والاضطرابات النفسية هي السبب الرئيسي المؤدي إلى الإصابة بهذا الصداع والإنسان لا يصاب عادة بهذا الصداع إلا بعد زوال عوامل الاضطراب والإرهاق.

2-صداع الشقيقة (Migraine): هو ثاني أنواع من حيث الانتشار ويعتبر العلماء بأن الوراثة تلعب دوراً رئيسياً في الإصابة بهذا المرض بالإضافة إلى الإرهاق الجسدي أو النفسي وكذلك مشاعر الإنخذال وخيبات الأمل.

3- الصداع الجنسي: وينشأ عن اختلال الضغط الجوي.

4- الصداع العنقودي: وهو صداع يصيب المريض لمدة ساعة تقريباً وغالباً ما ينحصر في منطقة إحدى العينين مع احمرار هذا العين وسيلان الأنف[3].

---

(1) ألفت محمد حقي، سايكولوجية النمو، سنة النشر 1986، دار النشر ص 318.

(2) فيصل محمد خير الله، الصرع في الطب وعلم النفس، سنة 1990، دار النشر المريخ للمملكة العربية السعودية ص 28، 71.

(3) د. محمد أحمد النابلسي، الأمراض النفسية وعلاجها، سنة النشر 1987. دار النشر مراكز الدراسات النفسية والنقدية، الطبعة الثانية ص 115-116.

العرق:

إن إفراز العرق يلعب دوراً هاماً في الحفاظ على توازن الجسم الكيميائي والحراري فإذا ما ارتفعت حرارة الجسد قامت الغدد بإفراد العرق لتعلي الجسم حرارته الطبيعية والتعرق يساعد الجسم كثيرا على التخلص من كثير من فضلاته والعرق الناتج عن إفراز طبيعي للجسم لا يكون عادة ذا رائحة كريهة ولكن العرق ذو الرائحة الكريهة هو ذلك العرق الناتج عن الضغط النفسي.

الهرش: الحكاك العصبي (Prurigo Neurotigue):

أو الهرش هو حكاك تحت الجلد يصيب عادة النساء في سن متوسطة وغالباً ما يكون منشأه الضغوط النفسية والانفعالية العنيفة. وهذا الحكاك يؤدي إلى ظهور الجروح الحليمية الحويصلية (LESIONPAPULO VESICULEUSE) تسبب حكاكاً شديداً وتتركز في مناطق الجباه وأحياناً الوجه أو العنق أو المؤخرة.

أمراض العيون:

تسقط الأشعة الضوئية الصادرة من الجسم أو المنعكسة عنه على العين فتنفذ خلال القرنية ثم الحجرة الأمامية ثم العدسة البلورية فتنكسر متجمعة بحيث تتكون للجسم صورة حقيقية مقلوبة على الشبكية ينقل العصب البصري صورة الجسم المقلوبة إلى مراكز الإبصار في المخ فيتم إدراك الصورة بشكلها الطبيعي من عيوب الإبصار عيب يعرف بعمى الألوان (COLOUR BLINDNESS) وهو في الغالب وراثي وأكثر أنواع هذا العيب انتشاراً عدم تمييز اللون الأصفر أو عدم تمييز اللون الأحمر من اللون الأخضر[1].

وسائل العلاج النفسي التي تستعمل في مداواة الأمراض السايكوسوماتية وهي كالآتي:

1- الشرح تفسير أعراض المرض ومساعدة المريض على فهم دوره الانفعالي

(1) د. عبد الفتاح محمود ويدار، الأساس البيولوجي والفسيولوجي، دار المعرفة الجامعية، 1992 ط ص 237-238.

والشخصي في نشأة المرض ودوامه.

2- النصيحة أو إرشاد المريض كي يغير من نمط حياته على وجه الخصوص تغير موقفه من العمل والراحة بأن يكثر من أوقات الاسترخاء والترفيه.

3-إعادة الطمأنينة وتوفير المساندة.

4- العلاج الجماعي الأسري. تنتشر الأمراض السايكوسوماتية في الأسرة وكذلك مرض أحد أفراد الأسرة يؤثر على باقي أعضائها.

5- العلاج النفسي العميق أو التحليلي: ويستعمل في علاج بعض حالات الأمراض السايكوسوماتية المتنقلة بدقة.

العلاج السلوكي:

يعتمد على نظرية التعلم الشرطي بالمألوف التي تعتبر الاستجابات الانفعالية والحشوية للمنبهات والحشوية للمنبهات الخارجية سلوك مكتسب بالتعليم ويمكن إلغاؤه عن طريق الاسترخاء.

العلاج بالعقاقير:

استعمال العقاقير في الأمراض السايكوسوماتية يعتبر من أسرع حالة العلاج والتهدئة في الأمراض ولا يؤدي إلى الشفاء التام بالأدوية التي تستعمل لهذا الغرض هي:

1-الأدوية المضادة للقلق: تستعمل لتلطيف حدة التوتر ومساعدة المريض على الاسترخاء.

2- الأدوية المضادة للاكتئاب: تستعمل لعلاج الاكتئاب الذي يصاحب الأمراض السايكوسوماتية.

3-الأدوية المانعة لفعل الأدرينالين: من نوع البيتاء تفيد هذه الأدوية مع تأثير الجهاز العصبي اللاإرادي على أعضاء الجسم هدف الأمراض السايكوسوماتية[1].

(1) حلمي أحمد حامد، مبادئ الطب النفسي، 1991،دار الصفاء للطباعة والنشر، الطبعة الأولى ص 349-347.

تطبيقات:

ما هي الأمراض السيكوسوماتية؟

يعرف العالمان فابيان روك وكوستلو الأمراض السيكوسوماتية بأنها "مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه، وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها".

فالمرض السيكوسوماتي هو مرض جسمي ذو جذور وأسباب نفسية ويظهر على شكل رد فعل استجابي لأي عضو مصاب[1].

وما هي أنواع الأمراض السيكوماتية؟

1- أمراض الجهاز الهضمي[2]

وتشمل على:

أ- فرحة المعدة.

ب- قرحة القولون.

ج- السمنة المفرطة.

أ- قرحة المعدة:

هي عبارة عن التهاب أو خلل في أحد المجاري في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة، نتيجة لزيادة نشاط المعدة وزيارة الإفرازات بها.

في الظروف العادية فإن المعدة لا تعمل إلا عندما يكون هناك وجبة تناولها الإنسان، وعلى المعدة أن تعمل على هضمها، ولكن في بعض الظروف الانفالية تظل إفرازات الأحماض تنصب في المعدة، وهذه الأحماض تؤدي في النهاية إلى حدوث (فجوات ملتهبة) في جدران المعدة كنتيجة للضغط والألام النفسية، وقد تصبح خطيرة وتقود إلى درجة حدوث (نزيف داخلي في المعدة).

---

(1) عطوف محمود ياسين، علم النفسي العيادي، دار العلم للملايين، ط2، 1986.

(2) مصدر سابق، د. عطوف محمود ياسين، ص 149 إلى 181.

ب- قرحة القولون:

لقد أوضح العلماء بأن نزول الإفرازات المخاطية بالبراز واستمرار حالات الإمساك، تدل على تعرض القولون لحالة من الاضطراب السيكوسوماتي.

ج- السمنة المفرطة:

تعتبر (السمنة) مرض العصر الحديث الذي شغل أذهان الأطباء والنفسانيين.

ويؤكد د. (مايكل هالبرستام) أستاذ علم الأعصاب في جامعة ليفربول في إنجلترا بأن الانفعالات والعوامل النفسية تلعب دوراً في تكوين معظم أمراض الجسم بما في ذلك ضغط الدم، وأمراض العيون ودرجة الحرارة، وقرحة المعدة، وأمراض القلب وأيضاً مرض السمنة.

2- أمراض الأوعية الدموية - الدورية والقلب:

وتشتمل على:

أ- عصاب القلب.

ب- التوتر الزائد.

ج- الإغماء.

د- الصداع.

أ- عصاب القلب:

وهو اصطلاح يعبر عن أعراض مختصة بالقلب ولكنها سيكولوجية الأصل. والأعراض هي ارتعاش وخفقان القلب وقصر في التنفس وتشنج وألم.

ب- التوتر الزائد:

الغضب هو النار التي تزيد حرارة التوتر في الأعصاب والتوتر يولد ارتفاع فوري في ضغط الدم.

ج- الإغماء:

يولد (الخوف) الشديد انخفاض مفاجئ في ضغط الدم ويجب التمييز بين

الإغماء الذي يحدث كاستجابة سيكولوجية هيسترية؛ وبين الإغماء كاضطراب في أوعية القلب الدموية.

د- الصداع:

هناك عوامل سيكو إنفعالية عديدة تؤدي إلى الصداع وقد تحدث أنواع من الصداع ناجمة عن التوتر نتيجة تغيرات في أوعية القلب تؤدي إلى زيادة في (الضغط الداخلي للجمجمة).

3- أمراض الجهاز التنفسي:

وتشتمل على:

أ- الربو الشعبي.

ب- حمى القش.

ج- السل الرئوي.

أ- الربو الشعبي:

وهو مرض يهاجم جهاز التنفس ويتميز بأعراض يعانيها المريض، كضيق التنفس واللهث والسعال والإحساس بالحشرجة في الصدر والبلغم والفرد الذي يتعرض للقلق يتعرض لشكل من أشكال التوتر العضلي، ويأتي التوتر فيهاجم أضعف نقطة مقاومة في الجسم فتثار مادة الهستامين في الجسم تحت ضغط الزخم الانفعالي وتعتبر بمثابة (باكتيريا الربو).

ب- حمى القش:

وهي أحد أنواع الحمى تظهر على شكل زكام شديد يكون أحياناً موسمياً، ويصاحبه حالات من ضيق التنفس وانسداد الأنف مع مخاط مستمر وتلعب (الحالة النفسية) دور كبير في تطور المرض السيكوسوماتي.

ج- السل الرئوي:

إن السل الرئوي يعتبر من مجموعة الأمراض السيكوسوماتية وهناك تفسير

يرى أن (الضغوط النفسية) تولد تغيراً في إفراد هرمون الأدرينا كورتيزون، حيث تضعف مقاومة الفرد في حالة هجوم جرثومة السل ويصاب بالمرض الرئوي.

4- الاضطرابات الجلدية:

أ- الارتكاريا.

ب- حب الشباب.

أ- الارتكاريا:

وهي حالة طفح جلدي كاستجابة حساسية لنوع معين من مثيرات الحساسية.

ب- حب الشباب:

ويسمى (بثور المراهقة) وتظهر غالباً في أعقاب البلوغ وهو شكل من أشكال القلق اللاشعوري وتعكس حالة عدم نضج انفعالي كافي.

س1 اكتب ما تعرف عن الأمراض السيكوسوماتية

ج / يعرف العاليان فآبيان روك وكوستيلو الأمراض السيكوسوماتية بأنها "مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الحدة والإضرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها.

فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة اختلال شديد أو(مزمن) في توازن هيموستازي في (الكيمياء الفيزيولوجية للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي).

وتشمل هذه الحالة أي جزء من الجهاز العضوي وتحتاج عادة لعلاج نفسي وطبي فالمرض السيكوسوماتي هو مرض جسمي ذو جذور وأسباب نفسية ويظهر على شكل رد فعل استجابي لأي عضو مصاب كالاستجابات المعدية.

ويشير العالمان (برادي وسان فورد) إلى أن الأمراض الناتجة عن أسباب نفسية يمكن أن تقود إلى أمراض مذهلة كالتالي:

1- الربو.

2- الصداع النصفي.

3- السمنة.

4- ارتفاع ضغط الدم.

5- التهابات الجلد.

6- التهاب الغشاء المخاطي أو القولون.

7- القرحة.

أو حدوث نزيف معدي داخلي وتوضح لنا الأبحاث في ميدان الطب الصناعي أن نسبة كبيرة وصلت بين (70٪-75٪) من حالات التغيب عن العمل ترجع إلى شكاوي سيكوسوماتية فأسباب الأمراض السيكوسوماتية كما اتضح أمامنا تحدث نتيجة لضغط انفعالي أو مستمر من مشكلات وأعباء الحياة اليومية.

وقد صور العلماء الأربعة (التركوفيل - تيموثي -كوستيلو - فابيان روك) ميكانيزما المرض السيكوسوماتي بقولهم:

فإن حدث أن أعيقت هذه الطاقة الحشوية عن الانطلاق في سلوك خارجي مناسب بالعمل أو اللفظ - كأن امتنع الفرد من الهرب في حالة الخوف أو الدفاع في حالة الغضب زاد تراكمها واشتدت وطأتها فتضخمت الاضطرابات والتوترات الحشوية مما قد يحدث للفرد أعراض من الصداع أو القيء؛ وقد نشر الدكتور (جوليان روتير) في مجلة لانسيت الطبية الإنجليزية بحثا مقارنا عن خطورة الإحصائيات المرتبطة في أمراض القلب الراجعة إلى عوامل نفسية سببها مواقف انفعالية تثيرها ظروف اجتماعية. ولقد سجلت الإحصائيات في الولايات المتحدة أمراض القلب بمختلف أنواعها الستة ارتفعت نسبة الإصابة بها من 8٪ في عام 1990 إلى 32.7٪ 1948 ويعتقد الدكتور محمد أحمد غالي في كتابة الشهير "القلق وأمراض الجسم" بأن خطورة الأمراض السيكوسوماتية (الجسمية - النفسية) قد شاع وانتشر بعد حربين عالميتين ويسلط العالم (هاليداي) الضوء على كيفية ظهور الأمراض السيكوسوماتية وتحولها فيزيولوجيا وعصبيا بحكم (تحولات وتغيرات)، وقد لوحظ بأن (الأمراض السيكوسوماتية) تشيع بين الشباب والفتيان حديثي السن

رغم التقدم الكبير في ميادين الرعاية الاجتماعية والصحية والطب الوقائي والعلاج، ويعتبر ضغط الدم من أخطر الأعراض السيكوسوماتية فالشعور بالقلق المستمر المتواصل يؤدي إلى الأمراض السيكوسوماتية والضغوط التي يتعرض إليها الناس في حياتهم اليومية والمخاوف وحالات الإحباط والفشل والقلق تؤدي تلقائياً إلى مرض سيكوسوماتي.

استقلال الطب السيكوسوماتي وجدارته وبروزه لقد أدى انتشار (الأمراض السيكوسوماتية) في العصر النووي المعقد الذي نعيش فيه إلى زيادة الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية في التشخيص وفي العلاج في نشوء هذه الأمراض دون أن نغض النظر عن أثر العوامل الجسمية وهذا الاتجاه الجديد في الطب أطلق عليه الطب السيكوسوماتي:

وهو اتجاه يهتم بالمتاعب الشخصية والعائلية والمهنية والمالية والظروف الاجتماعية للمريض ويعيرها ما تستدعيه من الاهتمام فهو يهتم بالمريض كما يهتم بالمرض وينظر إلى الأزمات النفسية والعوامل الانفعالية على أنها عوامل حقيقية فعالة في أحداث الاضطرابات الجسمية كالميكروبات والسموم على حد سواء وباختصار الطب السيكوسوماتي ينظر إلى الإنسان على أنه وحدة نفسية جسمية اجتماعية متكاملة متضامنة إذا أصيب فيه عضو واحد تأثرت له سائر الأعضاء[1]

الأمراض السيكوسوماتية:

المرض السيكوسوماتي: مرض بدني تلعب فيه العوامل الاجتماعية والنفسية دوراً أساسياً في نشأته واستمراره.

الطب السيكوسوماتي: هو أحد فروع الطب التي تهتم بدراسة تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية في نشأة واستمرار المرض العضوي ويؤكد الطب السيكوسوماتي على الجانب الإنساني للمرض ويتعامل مع جسم الإنسان في جوانبه الثلاثة البدني والنفسي والاجتماعي.

(1) (عطوف محمود ياسين) علم النفس العيادي الإكلينيكي، دار العلم للملايين الطبعة الأولى 1981.

تشخيص الأمراض السيكوسوماتية: المظاهر الأساسية التي تميز الأمراض البد نفسية هي الآتي:

1- وجود مرض عضوي في وظيفة أو بنيان أحد أعضاء الجسم مثلا في الجهاز الهضمي أو التشنج أو الالتهاب أو التقرح.

2- وجود عوامل انفعالية تساعد على نشأة واستمرار المرض العضوي.

3- سير المرض في أطوار مع فترات من السكون وفترات من النشاط.

4- غالباً ما يكون التاريخ العائلي إيجابياً لأمراض سيكوسوماتية أو لتفاعل عضو لكروب الحياة.

5- تفاوت واضح في شيوع الأمراض السيكوسوماتية بين الذكورة والأنوثة.

6- تناوب المتلازمات مرض بد نفسي ينشأ بعد آخر أو يحل مكانه فمثلاً بعد شفاء طفل من اكزيما ينتابه ربو شعبي.

7- قبل تشخيص مرض بد نفسي يجب استبعاد وجود مرض نفسي يمكن عن طريقة تفسير المرض العضوي.

تصنيف الأمراض السيكوسوماتية:

تصنف الأمراض السيكوسوماتية حسب الأجهزة البدنية (الشكل التالي يذكر أهم الأمراض البد نفسية).

1- أمراض الجهاز الهضمي.

2- أمراض الجهاز التنفسي.

3- أمراض الجهاز القلبي الوعائي.

4- أمراض الجلد.

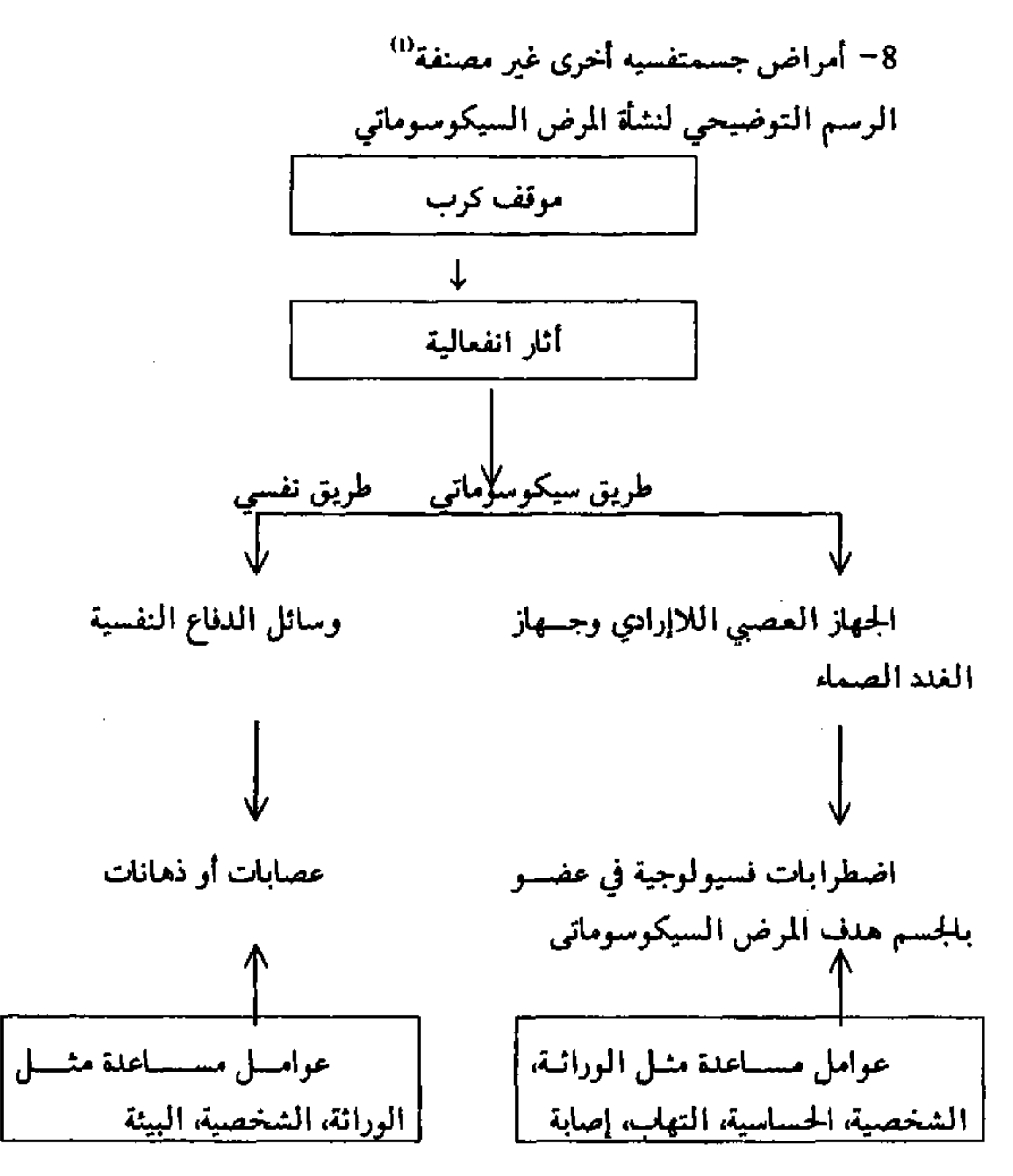
5- أمراض الغدد الصماء.

6- أمراض التناسل.

7- أمراض الجهاز العضلي الهيكلي.

8- أمراض جسمتفسيه أخرى غير مصنفة[1]

الرسم التوضيحي لنشأة المرض السيكوسوماتي



تفسير الأمراض السيكوسوماتية:

فيما يتعلق بالتفسير النظري للأمراض السيكوسوماتية فلقد وضعت هلين فلانكر في كتابها الطب السيكوسوماتي وضعت نظرية قائمة على نمط الشخصية واستخدمت منهج معامل الارتباط وذلك بأخذ عدد من حالات القرحة أو الربو أو

(1)حلمي أحمد حامد (مبادئ الطب النفسي). سنة النشر الطبعة الأولى 1991 ص 113.

ضغط الدم وحاولت التعرف على سمات الشخصية السابقة تلك التي تميز المصابين بمرض من هذه الأمراض عن المصابين بالمرض الآخر فالصداع الناتج من الصداع النصفي يفترض من أن ينتشر بين الناس الأذكياء والذين يوجد عندهم ضمير حاد وجاف جداً.

وقد قرر سيلي أن القرحة وغيرها من الاضطرابات الفسيولوجية قد تحدث حتى في الكلاب التي تقع تحت تأثير الضغوط الفيزيقية الطويلة.

وقد أكد الكثير من الباحثين أن تعرض الفرد لمواقف التوتر الخارجية المستمرة تؤدي في النهاية إلى إصابته بعدة أمراض في أعضائه وبالطبع دون أن تنهار جميع الأعضاء.

انتقد (الإكسندر) نظرية التحليل النفسي القديمة وقال إن الأعراض ليس من الضروري أن تكون رمزية للصراعات اللاشعورية فتبعا لوجهة نظره طالما كان الفرد غير قادر على أن يدرك انفعالاته ومشاعره وأن يعبر عنها لفظياً فإن الجوانب الذاتية لهذه المشاعر تستمر حتى تحدث التغيرات في الأعضاء.

ووفقا لفكر الاكسندر فإن مشاعر الاعتماد تقوم على الإفراط في النشاط في الجهاز العصبي الباراسمباثاوي وتؤدي بالتبعية إلى الاضطرابات السيكوسوماتية.[1]

(1)عبد الرحمن العيسوي الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية سنة النشر 1990 ص 299.

المصادر

1- إبراهيم محمد الشافعي، الفكر النفسي وتوجيهه للعمل التربوي.
2- أحمد حامد حلمي - مبادئ الطب النفسي - الطبعة الأولى - 1991م - دار الصفا للطباعة والنشر - بنغازي - ص 123-132.
3- أرنوف ويتج - مقدمة في علم النفس - ترجمة عادل عز الدين الأشول وآخرون- دار ماكجروهيل - القاهرة - 1981.
4- أسعد - يوسف ميخائيل - التفاؤل والتشاؤم - دار النهضة القاهرة - د. ت.
5- ألفت محمد حقي، سيكولوجية النمو ص 318.
6- أندرية مورالي - دانينو، علم النفس التطبيقي.
7- الدسوقي - كمال - الطب العقلي والنفسي علم الأمراض النفسية - دار النهضة العربية - بيروت - 1973.
8- الدكتور رمضان محمد القذافي علم النفس العام، منشورات الجامعة المفتوحة / طربلس 1995.
9- الدكتور عمر التومي الشيباني "الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب، دار الثقافة، بيروت - لبنان أكتوبر 1973م.
10-العيسوي عبد الرحمن - أمراض العصر - الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية - دار المعرفة الجامعية - الإسكندرية - دت
11-العيسوي عبد الرحمن - الأعصبة النفسية - الذهانات العقلية - دار النهضة العربية - بيروت 1990.
12-العيسوي عبد الرحمن محمد - باثولوجيا النفس دراسة في الاضطرابات العقلية والنفسية - دار الجامعي - الإسكندرية - ط الأولى - 1990.

13-جلال - سعد - في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية - دار الفكر العربي - القاهرة - 1971.

14-حامد زهران الصحة النفسية والعلاج النفسي 1977، عالم الكتب ص 329-332.

15-حلمي أحمد حامد، مبادئ الطب النفسي ص347 إلى 349.

16-خير الزاد - فيصل محمد - الصرع في الطب - وعلم النفس - دار المريخ للنشر الرياضي 1985.

17-دويدار - عبد الفتاح محمود - الأساس البيولوجي -الفيزيولوجي للشخصية - دار المعرفة الجامعية -الإسكندرية 1992.

18-شيلدون كاشدان. علم النفس الشواذ 1972 مكتبة أصول علم النفس الحديث دار الشروق ص 209.

19-صالح حسن الداهري، ناظم هاشم العبيدي، الشخصية والصحة النفسية ص 106.

20-عبد الرحمن محمد عيسوي، علم النفس ومشكلات الفرد منشأة المعارف بالإسكندرية- الإسكندرية.

21-عبد الغفار المدخل إلى عمل النفس المرض الإكلينيكي 1992 دار المعرفة الجامعية سكندرية ص 597 - 583.

22-عبد الفتاح محمود ويدار، الأساس البيولوجي والفيزيولوجي ص 237-238.

23-عزيز فريد، الأمراض النفسية العصابية.

24-عطوف محمود ياسين نعلم النفس العيادي الإكلينيكي ص 125-185.

25-فيصل محمد خير الزراه. علاج الأمراض النفسية والاضطراب السلوكية 1988. دار العلم للملايين ص 188-190.

26-فيصل محمد خير الله، الصرع في الطب وعلم النفس ص 28- 71.

27-محمد أحمد الفابلسي. مبادئ العلاج النفسي ومدارسه 1991، دار النهضة

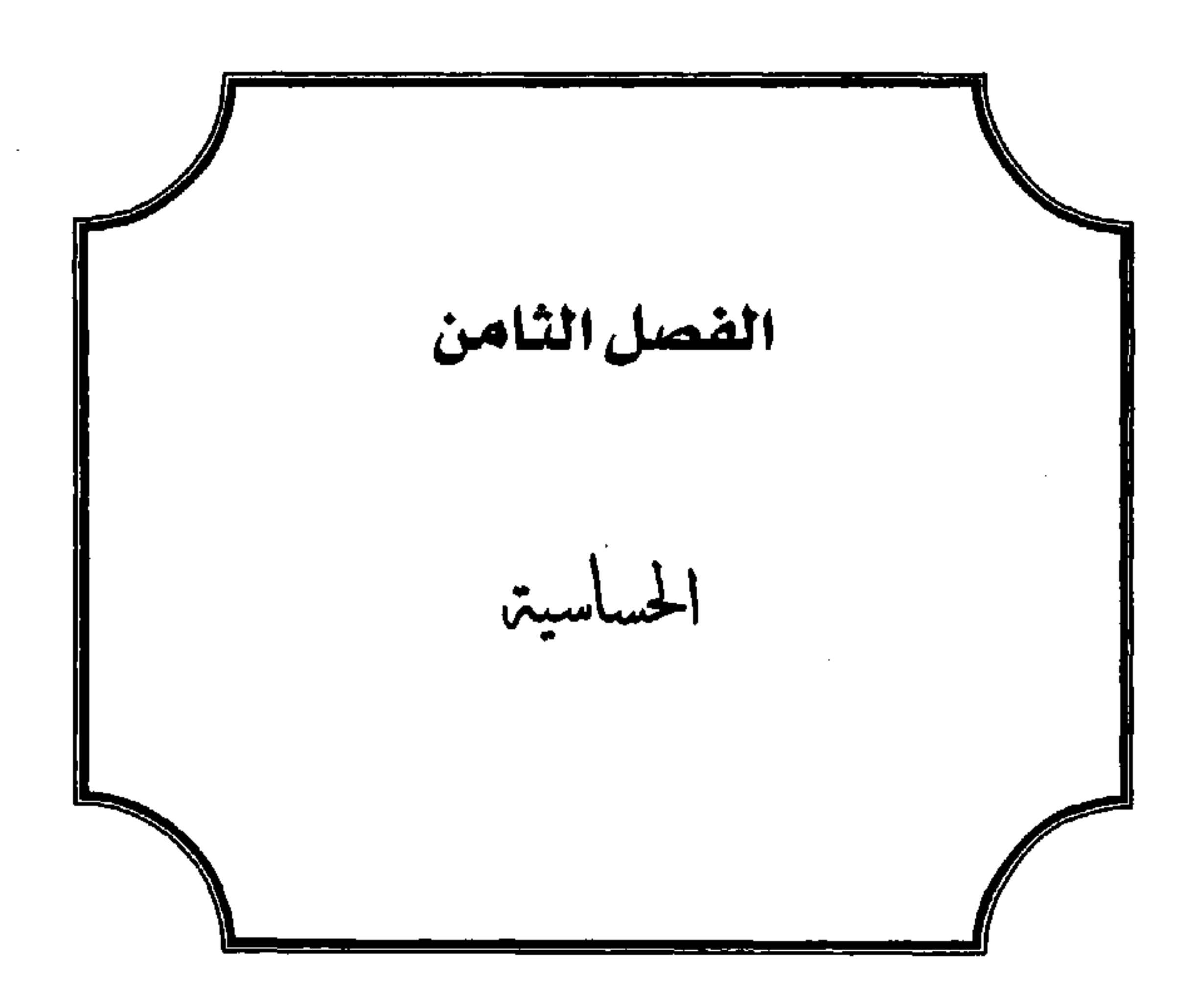
العربية بيروت ص 192.

28-محمد أحمد النابلسي، الأمراض النفسية وعلاجها ص 104، 116، 115، 103.

29-محمد عبد الظاهر الطيب، مشكلات الأبناء ص38-49.

30-محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم ص134.

31-مصطفى زيور، في النفس 230-263.



الفصل الثامن

الحساسية

الحساسية

تعتبر الحساسية مبدأ أولياً في تأكيد فعالية المرشد فتفتح العقل تساعده على تحقيق وجهة نظر عامة وشاملة عن العميل وهذه أشياء لا نستطيع تجزئتها بل تبقى كوحدة كاملة عند الفرد وتحقيق فهم أعمق للفرد نفسه وتساعده تلقائياً على الاستجابة لحاجاته وشعوره وشكه. فالاستثارات الداخلية (الأفكار وما شابهها) والخارجية (الأقوال والأفعال) ولها التأثير الكبير والمباشر في فعالية الإرشاد بين المرشد والعميل. الاستجابة تحدث في كلتا الحالتين عن طريق الكلمات أو الحركات الجسمية أو سلوك الفرد مثل الإشارات أو بواسطة الصوت عند تخفيضه أو رفعه في كلام فالمرشد البارع هو الإنسان الذي يكون بمقدوره أن يميز الاحساسين والأهم من ذلك هو أن يحاول المرشد السير على نفس المنهج الذي سار عليه العميل في توضيح رأيه وذلك ليشعر العميل أن المرشد يشعر بشعوره وأنه يتابع ما يقوله ويفهمه جيداً[1]

الإحساس والإدراك والتخيل والقدرات الجمالية:

العوامل الحسية: لاحظ بيرت في دراسة له 1909 على 45 تلميذاً وجود ارتباطات عالية بين أربعة اختبارات تقيس التميز الحسي هي اختبارات العتبة الحسية اختبار تميز الأوزان واختبار تقرير الأصول ولقد أيد كاري 1916 وجود عامل طائفي سمعي لكنه لم يوجد عامل بصري أو لمس أو عامل حسي عام بعد العامل G ولقد بدأت محاولة البحث في الفروق بين الحواس المختلفة باستخدام اختبارات الذاكرة كالتعرف على الصور السابق عرضها والتعرف على المنبهات السمعية

(1) المصدر: د. محمود عبد الله صالح – أساسيات في الإرشاد التربوي – دار المريخ للنشر.

الأخرى وقد وجد كاري عامل ذاكرة بعد العامل G في الاختبارات السمعية والبصرية ووجد الترزWalters 1935 قدرات مميزة في اختبارات التعرف البصري والتعرف السمعي والمذاقي والشمي.

عوامل التخيل: يذهب سيرمان إلى أن التخيل Imagination ويتكون من القدرة على تكوين صورة Image قوية واضحة حيث يؤكد السيكلوجيون أن ذلك يتضمن التفكير نفسه وأن ارتباطات القدرة على تكوين الصور بالعوامل العام لن تصل أبداً للصفر والذي يؤيد ذلك بصورة كبيرة كاري Carey الذي سيأتي فيما بعد وتعتبر دراسة هارجر Hargreaves 1927 من الدراسات الرائدة في بحوث التخيل إذ طبق أربعة اختبارات على 151 طفلاً وهذه الاختبارات هي:

1- اختبار التكميل الحر: وهو عبارة عن قطعة من النثر يطلب من المبحوث أن يملأ الأجزاء الناقصة فيها.

2- صورة ناقصة: وهو عبارة عن أربع صور في كل واحدة منها موضوع أو موضوعين ويقال للمبحوث أن الفنان وقد ترك الصورة دون أن يكملها وعليك أن تكتب كل الأشياء التي تريد وضعها في الصورة إذا كنت تريد إكمالها.

3-القصص الناقصة: وتعليمات هذا الاختبار هي: طفلة صغيرة في أول زيارة لها لحديقة الحيوان حلمت بحلم غريب ولغرض التحليل يعطى المبحوث عشرون دقيقة لكتابة قصصهم وقد قام بيرت بتنمية طرق قياس التخيل 1912 فأجرى دراسة على عدة أشخاص للحصول على تقرير لحيوية الصور الذهنية التي لديهم عن مئات من الخبرات المختلفة وقد وجد بيرت اتفاقاً تام بين التقريرات أوضحت خبرات معنية ممكن أن يتم تخيلها بسرعة عن الأخرى لدى كل الناس. كما وجد بيرت أن بعض المبحوثين مال لأعطاء تقديرات عالية لصورهم البصرية ومنخفضة لصورهم حركية والسمعية في حين أن آخرين قاموا بتقدير صورهم السمعية أو صورهم الحركية تقريراً "عالياً نسبياً" .

العوامل الإدراكية: من البحوث الرائدة في هذا المجال ذلك الذي قام به ترتسون 1944 حيث طبق 43 اختباراً "حسياً حركياً" (كلها بصري) على 180 طالباً

فتوصل لعشرة عوامل وكان العامل الأساسي من هذه العوامل هو عامل السهولة والدقة في الإدراك أو القدرة على رؤية منبهات غير منظمة نسبياً" ولقد أظهرت عدة اختبارات مكانية تشعبا" عالية بهذا العامل أما العامل الآخر الذي وجد في اختبارات التآزر بين اليدين فكان هو عامل المرونة في معالجة نماذج متضادة كما وجد هذا العامل أيضاً" في اختبارات أخرى تقيس حل المشكلة والاستقراء وتلك الجوانب ترتبط ارتباطاً كبيراً بالعوامل كما أنتجت دراسة ترستون أيضاً "عاملاً" أخر يسمى عامل التذبذب أو الترجح Oscillatloh وذلك في الاختبارات التي تقيس سرعة الأشكال المنظورة عكسياً.

العوامل السمعية: العوامل السمعية وجد (سيشور) في الميدان السمعي الموسيقي عامل جمعيا بعد العوامل لكنه كان ضعيف الثبات. كما وجد دريكز 1939 في تحليله لنتائج أربعة اختبارات من اختبارات سيشور SEASHORE وأربعة اختبارات أخرى طبقها على 163 ولداً عمرهم 13 هاماً "عاملاً" عاما" وصل تباينه 30٪ وكانت البواقي بعد العامل العام متعلقة بمقام الصوت والشدة والنغم والذاكرة الخاصة بالأنغام ووجد ماروتيز 1935 عاملاً "تدريبا" بين عشرة اختبارات طبقها على 452 طالباً وذلك في مقام الصوت وتصور الإيقاع ومقام الصوت والتميز والدائرة الخاصة بالأنغام وذهب كارلن 1942 إلى أن القدرات السمعية قدرات معقدة ولا تنتج عاملاً مع أن كل الارتباطات كانت موجبة وكذلك القدرات الموسيقية. قام ونج 1941WING وبحساب الارتباطات بين سبعة من أحسن الاختبارات التي تقيس القدرة الموسيقية والتي اختيرت في نفس الوقت لتكوين بطارية لقياس العمر الموسيقي فوجد أن العامل العام (تباين 41.8٪ وكان العامل الأقوى في الاختبارات الأكثر تعقيداً والتي تقيس الحكم على جودة التغير وكان ضعيفاً" في الاختبارات التي تتعلق بالحكم على جودة الإيقاع.

التمييز الجمالي: جمع بيرت 1933 خمسين إنتاجاً لرسوم فنية متنوعة وطلب من بعض كبار الفنانين ترتيبها حسب القيم الجمالية بها فوجد بيرت ميلا قويا للاتفاق بينهم واعتبر في ضوء ذلك أن اقتراب الشخص من الاتفاق المعياري لحكم الجماعة ممكن أن يستخدم كمقياس لتميزه الفني ولقد أوضحت إيزنك بعد ذلك 1940 أن

ما توصل إليه بيرت عن الأعمار الفنية ممكن أن يميز إلى المناظر الخلوية والصور والمواد البصرية الأخرى كصور الساعات والتطريز والمنحنيات التجريدية والمضلعات[1]

أنواعها:

الحساسية الانفعالية Emotional Sontitivity

وهي استقبال وتغير الاتصالات غير اللفظية لدى الأشخاص الذي يتميزون بحياتهم الانفعالية بالدقة والبراعة وفي تفسير الحالة الانفعالية للآخرين كما إنهم يتميزون بزيادة حساسيتهم الانفعالية .4

الحساسية الاجتماعية: Social Sensitivity

يتميز هؤلاء بالسلوك الاجتماعي وحساسيتهم روعهم بما يفعلون والأشخاص الذين يحصلون على درجة مرتفعة من الحساسية الاجتماعية وفي الوقت ذاته على درجة منخفضة إلى حد ما في بعدي التفسير الاجتماعي والضبط الاجتماعي قد يصعب عليهم الاشتراك والتفاعل الاجتماعي بشكل جيد.

الحساسية Sensitivity

ودرجة مرتفعة في هذه السمة يتصف أصحابها بالميل للحساسية والإعتمادية على الآخرين وهم أشخاص ضيقو الأفق ويصعب درجاتهم ولا يشعر الأمان بمنعهم الاستماع إلى الموسيقى العاطفية ويستخدمون التبرير للوصول إلى أهدافهم بدلاً من القوة ويفضلون دراسات اللغات والرياضيات ويميلون إلى الإحساس بالتوجيه.

الشك النفسي Suspiciousness:

ويتصفون بالدرجة المرتفعة من سمة الشك والتصلب والميل إلى انتقاد الآخرين وبسرعة التعصب والقابلية للإثارة.

والتقديرات الذاتية لهؤلاء الأشخاص تؤكد أنهم لا يرتكبون الأخطاء بسهولة وهم منزعجون دائماً ويحسبون الآخرين يتحدثون عنهم في عدم وجودهم وكثيري الانتقاد لأعمال الناس.

---

(1) المصدر: د. محمود السيد أبو النيل – تحليل العاملي لذكاء وقدرات الإنسان – دار النهضة العربية – سنة النشر 1986م ص 80،81،82.

الشك

الشك هو مظاهر اليقظة الدينية ويأتي في أعقاب النضج العقلي ونضج قدرة النقد ونلاحظ أن العنصر العقلي يسيطر على الشعور الديني في أواخر المراهقة كما يسيطر العنصر الانفعالي في مطلعها وذلك يكون المراهق في الشطر الثاني من المراهقة أكثر قابلية للشك وخصوصاً" إذا كانت البيئة تستخدم في تشكيلتها الاجتماعية "أسلوباً تعسفيا" وإذا تقبله كان من الطفولة للتعاليم الدينية لم يتم تلقائياً" وإنما بحكم حبه لوالديه ورغبته في إرضائهما والاحتفاظ بحبهما وبتعبير آخر إذا كان تقبله لها بمثابة تضحية أو ضريبة قدمها من أجل الحصول على الحب.

ويختلف الشك باختلاف مزاج الفرد وذكائه ومعارفه وظروفه الخاصة وعلى الجملة باختلاف شخصيته فيتراوح بين الاهتمام العابر وبين الارتياب الحاد في كل عقدة من عقده ومعنى ذلك أن حالة المراهق الراهنة لا تكفي لتفسير الشك فعلى الرغم من أنه جاء في أعقاب تقلبات المراهقة إلا أن الاستعداد له لابد من أنه كان كامنا" في النفس وكثيراً ما نرى بوادره في أخريات الطفولة.

والشك إن حدث مطلع المراهقة فلا يكون اهتداءً عقلياً" ولكن تنتابه ظروف شخصية تفعل فعلها دون وعي من المراهق على أنها *5 قد تكون فيما بعد منار تأملات فلسفية تدعم الشك بالمنطق.

سيكولوجية الشك:

أولا: معنى الشك بمعنى العقلي

قد يحدث أن ألمح شخصاً مقبلاً" نحوي وأنا سائر في الطريق فاعتقد أنه أحد أصدقائي. ولكن ما أن اقترب مني حتى اكتشف أنه ليس صديقي في العمليات العقلية التي استعنت بها في هذا الموقف:العملية الأولى بلا شك هي عملية الإدراك البصري نقرر بعد خبرة من ذلك ونؤكد الشك.

الشك العلمي:

سبق أن قلنا أن الشك واليقين قرينان في الحياة العقلية للمرء إن المنهج العلمي يعمد إلى تنظيم العلاقة بين الشك واليقين بحيث تلك العلاقة للمصادفة أو للهو المرء فلابد من تحديد الخطوات التي على من يريد أن يفكر تفكيرا.

ومن ضمن معاني الشك المعنى الفلسفي:

هناك في الواقع ارتباط وثيق بين العالم والفيلسوف من حيث أن كلا منهما يتخذ من الشك وسيلة ومنهجاً في التفكير*

المعنى الأخلاقي للشك:

نجد الشك في هذا الموضوع يتسع من المجال العقلي إلى مجالين آخرين هما المجال الوجداني من جهة والمجال التصرفي الأدائي من جهة أخرى. وكذلك الشك بالمعنى الأخلاقي يرتبط بالعقل أيضاً".

المعنى السيكولوجي للشك:

الشك بالمعنى السيكولوجي يرتبط بأحاسيس وما يدور بخلده من مشاعر وعواطف وانفعالات والشك السيكولوجي قد يبدو في الشك في الذات.

الشك ومراحل النمو:

قلنا في الموضوع السابق أن الشك يتزايد اتساعاً وشدة كلما زادت رقعة الاختبارات التي يختارها المرء.

الشك والصحة النفسية

يعتبر الشك عند العقلاء كأي وظيفة ذهنية وظاهرة صحية والدلالة التي يتمتع بها العقل. فإذا مارس المرء الشك فصار يشك في أي موقف أو في أي فكرة مما لا يستوجب الشك فيها.

---

* المصدر: د. عبد المنعم المليجي – النمو النفسي – دار النهضة العربية للطباعة والنشر – الطبعة الخامسة – 1971 – ص 345.

حالة الجهاز العصبي والشك

سبق أن قلنا أن الجهاز العصبي المركزي - وعلى رأسه المخ - يسيطر على الشخصية. بل أن هذا الجهاز هو المشرف على الجهاز العصبي السمبتاوى الذي يقوم بتنظيم أجهزة الجسم الداخلية بطريقة لا شعورية بما في ذلك الغدد الصماء التي تقوم بإفراز الهرمونات في الدم مباشرة.

أمراض الوجدان والشك

فإذا نظرنا إلى علاقة الشك بالصحة النفسية وقد بدأنا من الزاوية الجسمية بما تشتمل عليه من هرمونات وجهاز عصبي وأثر الغدد والمخ في الشك لدى المرء فإن هذا لا يكفي لتغطية الزوايا الممكن أن ننظر منها إلى هذا الموضوع فثمة زاويتان باقيتان يجب أن تتناول الشك والصحة النفسية من خلالهما ألا وهما أمراض الوجدان ثم أمراض العقل وذلك لأن ما يمكن أن تصاب به الشخصية قد يكون ذي طبيعة بيولوجية. وإذا بادرنا بالقول بأن هناك ما يمكن أن نسميه بالجوع الوجداني ذلك أن الإنسان بحاجة إلى أن يحب غيره من جهة وإلى أن يجد من يحبونه بصدق من جهة أخرى.

إن مرض الشك هو استمرار تلك الحالة الشكية أو الحالة الاختيارية بحيث لا يتسنى للمرء الوصول إلى قرار أو الوقوع على اختيار معين فإننا نقول أن حالة الجوع العاطفي المستمرة لفترة طويلة من العمر تجعل المرء في حالة من الشك.*

الشك والعلاقات الأسرية

معنى الشك عند اختيار شريك الحياة وهو يعني الوقوف بعدد أكثر من اختيار واحد في الموقف بحيث يحس المرء بشيء من الحيرة إلى أن يقع على الاختيار المناسب. أي الاختيارات الإيجابية والسلبية. وبالنسبة لاختيار شريك الحياة يكون هناك نوعان من المواقف الاختيارية أو الشكية.

النوع الأول: هو النوع البسيط - ويكون الشك فيه منصباً على شخص

---

* المصدر: يوسف مخائيل أسعد - سيكولوجية الشك - الناشر مكتبة الغريب.

واحد ويكون هل هذا الشخص مناسب للاقتران به أم أنه لا يصلح.

النوع الثاني: فهو النوع المركب حيث يكون الاختيار من بين شخصين أو أكثر وأن المرء عليه أن يفصل بينهم.

الشك بين الزوجين

من المفروض أنه ببداية الحية الزوجية فإن مرحلة الشك أو الاختيار تكون قد انتهت إلى غير رجعة وقد وجدنا فرقاً بين معنى الاختيار ومعنى الشك حيث تكون هناك اختيارات متباينة يقع الشاب أو الشابة فيها على شريك الحياة بغير تبديل. مثل فقد يقوم الزوج بمقارنة زوجته بامرأة أخرى وعلى هذا المنوال تحدث مقارنات الشك بين الأزواج.

وهناك العديد من الشكوك في الأسر العربية منها والأجنبية مثل الشك بين الوالد وأبنائه والشك بين الأسرتين المتعارفتين وكذلك الشك بين الأسرة والعالم الخارجي.

مثل فلا يوصف الشخص بأنه أمين إلا إذا اختار موقف الأمانة وكان بمقدوره أن يسرق، ولا يوصف الشخص بأنه عفيف جنسياً إلا إذا كان بمقدوره أن يمارس الجنس خارج نطاق الشرع. أي الحرية يجب أن تكون محدودة في التمتع بأساليب الحياة. ليكون الشك محدوداً وحديته صحيحة.

مثل. لعلنا نتساءل عن مدى الحرية التي يتمتع بها المرء في أحلامه فهل الرجل المتزوج الذي يحلم بأنه يعانق امرأة حسناء يكون مضطراً لمثل هذا الحلم بحيث يستطيع أن يدفع عن نفسه مسئولية الخيانة الزوجية إننا نعتقد أن الاختيارات في حالة النوم والانخراط في الحلم أوسع نطاقا منها في حالة اليقظة والوجود في أحضان الواقع الاجتماعي ومعنى هذا من زاوية أخرى أن حالة الشك في المنام أقوى منها في حالة اليقظة.

الشك وقوة الشخصية

قلنا أن الشك يتواكب مع ارتفاع الذكاء فكلما كان الذكاء مرتفعاً كان مجال

الاختبارات التي يشاهدنا المرء في الموقف أكثر رحابة وأشد خصوبة وقد قلنا أيضا أن الشخص الذكي لا يكتفي بما يتوافر في الموقف من اختيارات. فنحن نشترط في الشخصية المثقفة والقوية أن تكون هاضمة لما تلقاه وتتلقاه من خبرات معرفية أو مهارية أو اجتماعية أو وجدانية بحيث تكون قادرة على السيطرة على تلك المقومات الخبرية سيطرة كاملة ولا تكون تلك المقومات الخبرية هي المسيطرة عليها.

الشك الفلسفي

تعريف الشك الفلسفي على نفس المنوال بأنه الوقوف أمام مجموعة من المتغيرات أو من الاختبارات الفلسفية تناول موضوعات الدين بمنهج العلم والنفس البشرية وغاية الوجود وغير ذلك من موضوعات.

معنى الوسوسة وعلاقتها بالشك

والفروق بين الشخص الشاك وبين الشخص الموسوس يبتدئ في هذه التفرقة بين الشك والوسوسة. فالشك ينتقل من الموقف الخياري إلى الموقف اليقيني بغير أن يحول ذلك دون اندراجه في إطار الموقف الخياري(*)

فهم الآخرين

عدم استعمال الحكم المسبق لأن هذه الطريقة ربما ستؤدي إلى التنبؤ وهذا التنبؤ ربما تثبت صحته وربما لا تثبت. لذا فمن المفضل في عملية الإرشاد أن ينتظر المرشد حتى يلم ويجمع المعلومات ومن ثم يستطيع أن يقرر ما يراه عن عمق المشكلة ومداها، ولكن هذا لا يعني أن المرشد لا يوجد لديه قيم أو معايير أو ميزات خاصة. بل العكس هو الصحيح فالمرشد الفعال يملك الأفكار المتزنة والقيم الثابتة التي يستعملها ويرتاح لاستعمالها في حياته. فصفة عدم استعمال الحكم المسبق يعني أن المرشد الذكي يبتعد بحنكة عن تقويم الأخطاء التي قام بها العميل أو تبرئته ولكن هذا لا يعني أن المرشد لم يكن حكيما في تقويم اتجاهات ومفاهيم ما قام به

---

* المصدر د. يوسف مخائيل أسعد - سيكولوجية الشك - الناشر مكتبة الغريب - ص 62-63-93-103-104-106-108.

العميل. فالعميل هنا جرح شعوره وذلك بسبب الحكم عليه من قبل المرشد، وفي نفس الوقت ليس من الضروري أن يكون جرح شعور العميل حديثاً بسبب تقويم سلوكه. فكما حددت سو SUE 1979 عن مدى إدراك أو فهم تصرفات العميل وكل ما يصدر عنه خلال جلسة الإرشاد ثلاث ظواهر من السلوك الإنساني.

I- مرحلة الملاحظة: أو الوصف وفيها يقوم المرشد بوصف السلوك ويحدث ذلك من ملاحظة العميل عندما يتكلم ولكن عليه أن يتجاهل النظر في عين المرشد وفي هذه الحالة يعتبر المرشد هذه الظاهرة سلوكا "إنسانياً" مهما".

II- ظاهرة التفسير والتوضيح وفيما يقوم المرشد بالاستفسار عن بعض الظواهر والعبارات التي صدرت عن العميل مع التأكد من فهمها بالطريقة التي أوضحها العميل.

لقد أوضح بلوشر BLOCHER 1966 أهمية التقبل العميل بصفاته وخصائصه لأن هذا يوحي إليه بأنه إنسان مهم ويستحق المساعدة مما يغرس روح الأمان والاطمئنان والثقة في النفس لديه.

وهذا بالطبع لا يحدث إلا إذا كان المرشد متفتح العقل ومتقبل الآخرين وبالطريقة التي يرغب فيها الآخرون أن يتقبلوه بدون شروط ولا أحكام مسبقة.*

الشك وعلاقتها بالشعور بأن الفرد مراقب من قبل الآخرين

البداية بالأسرة المدرسية:

تلعب الأسرة دوراً مهماً في تكوين شخصية الفرد من حيث اهتمام الناس به وخجله ويحس أنه مراقب من قبل الآخرين وعدم فهم الناس له وأولها المدرسة والأسرة وهي كان هم المدرسة في كثير من البلاد إمداد التلميذ بالعلوم والمعارف التي كانت تتبناها المنظمات الاجتماعية القائمة على التربية. ولكن المجتمع تطور في كثير من جوانبه ففقدت تبعا لذلك منظمات اجتماعية كثيرة (مثل الأسرة) شيئاً من وظيفتها فخلق ذلك فراغاً للفرد بحاجة إلى من يملأه من نسبة في الفراغ.

---

* المصدر: محمود عبد الله صالح - أساسيات في الإرشاد التربوي - دار المريخ للنشر - ص78- 79.

مثل الأسرة المدرسية واهتمام المدرسة بالتكوين الشخصي للطالب أوجد المرشد النفسي المدرسي والأخصائي الاجتماعي في المدرسة في مساعدة الفرد في التعامل مع أفراد المجتمع.

إذ كنت تريد أن يفهمك الناس تعلم كيف تكون صديقا

هل فكرت في السبب الذي يكون فيه فرد أو مجموعة من الناس غير محبوبين من الآخرين ولا صديق لهم. أولئك الذين ينفرون من كل فرد جديد ولا يرحبون به.

لعلك تجد متعة في مقارنة أفكارك الخاصة بأفكار أسرة واقتراحاتهم وأن أحببت أن تعرف بعض هذه المقترحات.

1- أحياناً نكون مشغولين بشئوننا الخاصة لدرجة لا نجد فيها الوقت الكافي للترحاب والاحتفاء بأي صديق أو زميل جديد.

2- من الصعب على الإنسان أن يصارح الآخر بأنه لا يعرفه معرفة تامة.

3- ولربما كان الخجل هو السبب وخاصة إذا ما شعرنا بفارق ما كان بيننا وبين الزميل الجديد.

أن الشعور بالانتماء إلى الجماعة حاجة نفسية اجتماعية فطرية موجودة في كل فرد فإذ لم يشبع هذه الحاجة فإنه من الطبيعي أن يتضايق ويبقى قلقا حتى يشبعها فيخف التوتر النفسي من عدم التوتر الملح في طلب الإشباع وهذه الحاجة موجودة لدى كل فرد من بني آدم.

وأننا لسنا بحاجة إلى أن نوضح لك بأن هناك حاجات أخرى اجتماعية لا تقل عن هذه الحاجات المادية البحتة في قيمتها بالنسبة للصحة النفسية أو الجسمية.

- حاجة الفرد إلى أن يكون مقبولا من الآخرين. فكل فرد منا يحب أن يكون متساويا مع الآخرين منتمياً إليهم ويكره أن يكون خارج المجموعة ويهمه جدا أن تقبله الجماعة كفرد فيها.
- وهناك حاجة وجدانية فكل منا يحب أن يشعر بأنه محبوب من الآخرين ويعني به الأصدقاء والجيران والمعارف والزملاء في المدرسة.

- وكل من يحب أن يتقن عمل شيء وينجح فيه فالإتقان يجلب اهتمام الآخرين والإنتاج الفردي يشعر الفرد بقيمته والشعور بالرضاء عن النفس.*

الشعور بالخجل

هناك أسباب دعتنا لنحس هذا الإحساس الحيائي الممزوج بالخوف مثال شوكت تختلف مشكلته عن مشكلة سامي. فهذا تلميذ مجتهد. إلا أنه يحتبس في الكلام إذا ما وقف ليسأل أو يجيب في الصف أو في أي موقف آخر.

أنا في ذاتي متضايق قال شوكت لصديقه فريد. أنا أعرف أنني كنت دائما هكذا إذ أني اشعر اخيراً بأنني زدت سوءاً عن ذي قبل. فما هي حكاية شوكت وشعوره بالحياء والرهبة هل تعتقد أنه خلق هكذا. أو أن هناك بعض الأسباب التي دعته ليحس هذا الإحساس الحيائي.

لقد علمت طبعا مما سبق أن هناك أسبابا أخرى وراء سلوك شوكت ومشاعره تجاه نفسه. أنك على حق يا صديقي القارئ فبعض الأسباب تعود إلى طفولة شوكت الأولى منذ كان في روضة الأطفال وفي سن الخامسة بالتحديد حيث كان يتكلم بلعثمة في بادي الأمر وكان أهله يظنون أن ذلك يعود لفرط الذكاء إلاّ أن زملاء شوكت الجدد في الروضة اتخذوه أضحوكة وتنابزوا وتندرو باسمه بذلك بدأوا يعملون على تعديل نطقه بالنقد والتجريح وبلا عجب قد تخبط شوكت نتيجة لهزء الزملاء في الروضة ولذا لم يكن عجيبا أن ينشأ شوكت وهو جلي حساس. شديد المراقبة لنفسه فلا ينطق بكلمة حتى يراجعها في نفسه مراراً وتكرار. يصاحبه هذا الشعور بالخزي كلما حاول الكلام حتى وصل الصف الثالث الإعدادي مع أنه قد شفي من اللعثمة والتهتهة القديمة. وطبيعي أن هذا لا يفسر لنا زيادة التهيب والحياء لكلامه وقد اخذ يزداد سوءاً في هذه الأيام.

هل يستطيع أن يمدنا بالأسباب التي عملت على ذلك. ربما كنت تشبه بعض

* د. حمدي خيلي – علم النفس التربوي – الصحة النفسية – منشورات مكتبة التجاري للطباعة – ص13 – ص38.

الشيء شوكت في أنك فجأة شعرت بأنك أكثر حياء مما كنت عليه من قبل. كل من. كباراً وصغاراً. ويشعر بالوجل والحياء وخاصة عند المواقف الجديدة علينا إلا أن هـذا الإحساس عادي تماما في السن ما بين 12-18 ليس من الصعب تخمين أسباب زيادة الشعور بالحياء والهيبة خلال مرحلة النمو السريع فلـو أخذنـا شـوكت علـى سـبيل المثال. منذ كان عمر 11 سنة حتى الآن.

ما الذي يستطيع شوكت أن يفعله بشأن الوحيد الذي يشعر بالخجل.

ثانياً: تذكر أن هنـاك طـرق تسـاعدك في التغلـب علـى الإحسـاس بـالخجل. فشوكت مثلاً في إحساسه بالتهيب والحياء أحب أن يبرد وجلة ذلـك لظنـه أن تلـك هي الطريقة السليمة ولا شيء غيرها يجدي*

الخجل وعلاجه

للخجل معنيات لابد من تمييزها. فالكلمة تدل حينا على أزمة معينة أو قل إذ شئت على هيجان معين يحدث في وقت من الأوقات وبمناسبة مـن المناسـبات. وهـي تدخل حينا آخر على صفة دائمة من صفات الطبع يتصف بها شخص معـين. ذلـك بأن الخجل بوصفه أزمة عارضة أمر طبيعي سوى يصيب كـل النـاس ويتعـرض لـه الإنسان في مختلف مراحل حياته. وغير الطبيعي أن يكون ثمة إنسان لا يعرف الخجـل ولم يخجل في حياته قط. أما حين يكون الخجل صفة من صفات الطبع أي حين يكون الإنسان خجولا. يحمر وجهه لأبسط الملاحظات ويضطرب عندما يوجـه إليـه أبسـط أنواع الاستثارة فالأمر مختلف جدا أن يكون الإنسـان عندئـذ مصابـاً بمـرض الخجـل ولابد من أن يعمل على معالجة نفسه.

والتخلص من خجله الذي يسبب له اضطراباً وضيقا ويسد في وجهـه سـبل النجاح مثال لنراقب إنساناً خجلاً فماذا نرى؟ لعل أول ما نلاحظـه هـو أن الخجـل نوع من الشلل يصيب الجسد والنفس معاً والحركات المضطربـة والمترددة العـاجزة وشلل تدل عليه الأفكار المضطربة الغامضة والكلام المتلعثـم المتقطـع والتعبـيرات

* د. حمدي خبلي - علم لنفـس الـتربوي والصحـة النفسـية - منشـورات المكتبـة التجاريـة للطباعة - ص65ص67. 1993.

الفارغة الغبية أن الخجل نوع العجز. ثم إننا نلحظ احمراراً يصبغ الوجه مسببا عن اندفاع الدم إلى الرأس وخفقان القلب. وإذ دخلنا في نفس الخجل للاحظنا أولاً أن الخجل ضيق يصل أحياناً حد الألم ومن هنا كان حرص الخجول على تجنب خجله بأي ثمن كان والسؤال الآن. لماذا الخجل؟ فإن أزمة الخجل لا يمكن أن تحدث إلا بوجود شخص أو أشخاص ينتبهون إلينا لكي نخجل وهكذا يكون سبب الخجل انتباه الناس الموجه إلينا. ولعلي لا أبالغ حين أقول أن أكثر الناس خجلاً يدخلون اجتماعياً دون خوف أو خجل إذ تأكد أن ما من أحد ينتبه إليه.

ولا أحب أن أدع هذا القسم من حديثي قبل أن أشير إلى أن الخجل تقوية صفتين متناقضتين ظاهرياً متنامتين حقيقة من صفات الطبع وهما الكبرياء وعدم الثقة بالنفس فالخجول إنسان يرغب في النجاح والتفوق ويحرص على الاتفاق والظهور وهكذا ننتهي إلى القول بأن الخجل حالة من حالات العجز عن التكيف مع المحيط الاجتماعي أنه عجز عن التكيف مع الناس.

وهذا كله يوصلنا إلى العلاج على أني أحب قبل أن أخوض في أمر العلاج أن أنبه إلى القاعدة الطبية الصحيحة في الطب الجسدي صحتها في الطب النفسي أما إذا أصيب الإنسان بالخجل وأحب أن يتخلص منه فإن عليه أن يذكر أن أول ما يجب له هو إرادة الشفاء وتوطين النفس على كفاح طويل مرير مع النفس عليه أن يبدأ فيسيطر على نفسه وعليه أن يمتنع عن التصرف الخجول يتصرف من غير خجل*

* المصدر: د. فاخر عاقل – أصول علم النفس وتطبيقاته – دار العلم للملايين – الطبعة الأولى – 1973 – ص 170،171،172.

أولا: المشكلات النفسية

تصنيف المشكلات النفسية إلى ما يلي:

1- القلق:

عرفه مسرمان بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال مراعاة الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف ومعنى ذلك بأن القلق عمليات انفعالية متداخلة تحدث خلال الإحباط والصراع وهو شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والتوتر والتحفز وبعض الاحساسات الجسمية مجهولة المصدر كزيادة ضغط الدم وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق ومع أن الإحساس بالقلق يشبه الإحساس بالخوف إلا أن هناك اختلاف بين القلق والخوف[1] ويتميز بأن أعراض القلق تكون هي السائدة وهو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرهبة ويختلف القلق عن الخوف في أن للخوف سبباً معروفاً ومصادره محدودة يمكن معرفتها فالذي يخاف الثعابين عنده سبب معقول لخوفه ويمكن التنبؤ بهذا الخوف وقد اختلفت الآراء في تعليل أسباب القلق فمدرسة التحليل النفسي تربط بين الخوف والقلق وخبرات الطفولة ويعزره (رانك) إلى عقدة الميلاد إذ في رأيه أن عملية الولادة عملية قاسية بالنسبة للطفل وفيها ينفصل الطفل عن أمه ويترك عالماً كله طمأنينة ويدخل إلى عالم مليء بالضجة والضوضاء ويمثل القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل[2]

القلق Anxiety

يعرف القلق بأن تكون أعراضه سائدة، وهو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرهبة ويكون مصحوباً بإحساسات جسمانية مختلفة واستجابات مثل سرعة دقات القلب والخفقان والعرق والارتعاش، واضطرابات المعدة والشعور

---

(1) حول صحتك النفسية. د. محمد السيد الهباط ص 90-92.

(2) مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ترجمة - د. نسمية داود.

بالافتقار لمزيد من الهواء في الرئتين وآلام في الصدر ويحدث القلق إما بشكل حاد أو بشكل مزمن ففي مشكلة القلق الحاد تحدث نوبات فجائية في الأعراض الحادة التي تسيطر على المريض لعدة دقائق في المرة الواحدة تبعث فيه حالة من الرعب المرضي يقولون أنه أكثر إيلاماً من أية حالة جسمانية حادة.

أما القلق المزمن فيحتوي على أعراض أقل حدة وقد يكون الشكلان من المعوقات مما تجعل المريض يسعى لمساعدة الطبيب. ويختلف القلق عن الخوف في أن للخوف سبباً معروفاً ومصادره محددة يمكن معرفتها فالذي يخاف التعايش عنده سبب معقول لخوفه، ويمكن التنبؤ بهذا الخوف.

أما في حالة القلق فهنالك خوف ولكن لسبب مجهول بل لا يجوز أن يكون ثمة سبب على الإطلاق[1].

القلق Nxiety:

مفهوم رئيسي في علم النفس المرضي والطبيب النفسي يعرف إنه الغرض الرئيسي الدال على الاضطراب العصابي وهو أحد المفاهيم الأساسية في التحليل النفسي وضعه فرويد وهو متغير أساسي في كثير من البحوث والدراسات التي أجريت من قبل علماء النفس التجريبي وأصحاب نظريات التعلم ومع ذلك فإن التراث السيكولوجي زاخر بمجموعة كبيرة من المصطلحات مختلفة الإشارة إلى المفهوم الأساسي للقلق ذاته.

القلق بصفته خبرة ذاتية تتميز بها مشاعر الخوف من شر مرتقب والشك والعجز والمشاعر التي لا تتعلق بخطر خارجي حقيقة، بالإضافة إلى الوعي الذاتي لعديد من المتغيرات الفسيولوجية، تتضمن هذه التغيرات توتراً متزايد في العضلات الخارجية في الهيكل العظمي كالتيبس أو التصلب والارتعاش والوهن وتقلب الصوت وعدم استقراره.. الخ.

كما تتضمن تغيرات في الجهاز القلبي الوعائي مثل خفقان القلب بسرعة

---

(1) د. سعد جلال – الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية – دار الفكر العربي – القاهرة ص 194.

وقوة، احمرار الوجه خجلاً وتدفق الدم في الوجه أو شحوب غير طبيعي فيه ونبض سريع وتزايد ضغط الدم... الخ. فضلاً عن نشاط الجهاز المعوي (غثيان - تقيؤ - إسهال... الخ).

ومن الجائز أن تكون هناك علامات أخرى مثل (البرودة - الأطراف) الندية المبللة والتنفس السريع والغير منتظم والتبول المتكرر أو اضطرابات النوم وعلى المستوى السلوكي نجد سلوك التجنب والتحاشي خاصية مميزة للقلق وقد تمّ التوصل من تحليل القلق إلى ثلاثة فوارق بين (القلق والخوف) (وبين القلق الظاهر والكامن) (ثم بين القلق الواعي وغير الواعي).

1- القلق مقابل الخوف:

طبقاً لتعريف القلق كذلك الاختلاف يمكن ملاحظته في الاستجابة فالقلق يعد حالة وجدانية من الخشية وترقب الشر بحيث لا ترتبط بموقف أو موضوع بيئي معين. فإذا ارتبط بواحد من هذين الموضوعين أو الموقف فإنه يسمى خوفاً والفارق الجوهري بين حالة القلق والخوف هو أن الشعور بالخشية وترقب الشر في حالة التوتر أو القلق هو شعور عام هائم طليق، كما يمكث مع الفرد في كل الأوضاع والمواقف، بينما تتركز الخشية في حالة الخوف حول موضوع أو موقف معين فإذا ما أزيل كل منهما فإن تلك الحالة تخمد وتنتهي ويمكن وصف المخاوف المرضية بأنها خوف غير منطقي بالمرة.

2- القلق الظاهر في مقابل القلق الكامل:

يقصد بالقلق الظاهر بصورة أساسية وجود علامات فسيولوجية مميزة مع وجود سلوك التجنب التفادي أو بدونه ومع ما مفهوم ضمناً من وجود الخبرة الذاتية كذلك، إنه القلق الذي يمكن للآخرين إدراكه. أما القلق الخفي الكامل فهو مفهوم مشتق من نظرية التحليل النفسي وقد فسره تفسيراً حرفياً ليعني "القلق غير الفعل أو غير القائم بالفعل" ولكن إذا قوبل بالقلق الظاهر فإنه يحمل دلالات القلق أي أنه عملي وقائم بالفعل ولكنه إذا قوبل بالقلق انفعالاً وإلا فإنه من المستحيل بالنسبة له أن يكون فعالاً وقائماً بالفعل ولا يمكن أن يرى أو يجرب

ويعاني بطريقة ما فإن قبلنا المفهوم (ريخمان) للانفعال بصفته أمراً مركباً من أنظمة استجابة مقترنة على نحو غير تام. فإنه من الممكن أن يكون لدينا شخص يتصرف وكأنه شخصان قلقان، ولا يشعران بالقلق أو يظهران أياً من العلامات الفسيولوجية الدالة عليه. ولكن إن حدث ذلك فإن تصور القلق وفهمه بصفته قلقاً غير واعٍ (لا شعورياً) هو أمر اكثر شيوعاً.

القلق الواعي في مقابل القلق غير الواعي:

يصف الإكلينيكيون القلق غالباً على أنه واعٍ أو غير واعٍ يتركز اهتمام واضعي هذين المصطلحين في الجانب الذاتي من مظاهره القلق ويترادف الوعي بمعناه مع القدرة على التعبير عن الشيء الوصفي ووصفه بالألفاظ وبناء عليه فإن القلق الواعي يثير القلق غير الواعي للاستجابة الفيسيولوجية أو السلوكية إحداهما أو كليهما المميزة له في غياب التقدير الذاتي.

عوامل تنشأ عن أسباب القلق:

أ- انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وشعور الطفل بالنبذ.

ب- المعاملة التي يتلقاها الطفل تؤدي إلى نشوء القلق لديه.

ج- تشير كارن هورني كذلك إلى البيئة وما تحويه من تعقيدات ومتناقضات وحرمان وإحباط كل ذلك يجعل الطفل يشعر بأنه يعيش في عالم متناقضات مليء بالغش والخداع[1].

أسباب القلق

1- الاستعداد الوراثي: وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.

2- الاستعداد النفسي: الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية.

3- مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الثقافية والبيئية والحضارية الحديثة.

(1) المصادر: عادل أحمد عز الدين الأشول - نفس المصدر السابق ص 329،327.

4- عدم التطابق بين الذات والواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.

5- التعرض للخبرات الحادة (عاطفياً، تربوياً، واقتصادياً) كذلك الخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة.

6- ربط بعض العلماء ومنهم (فرويد، بين القلق وإعاقة الليبدو، من الإشباع الجنسي الطبيعي ووجود عقدة أوديب أو عقد الكترا وعقد الخصاء" غير المحلولة[1].

القلق العصابي

إن الشخص الذي يعاني من القلق العصابي يتميز بأنه يظل في حالة ثابتة تقريباً من الخوف والترقب والقلق، فهو يخاف من أن يفقد أمواله ويخشى أن لن يكون موفقاً في عمله، وأن يصاب بالجنون والعصابي الذي يعاني من مشاعر القلق الحاد قد يتمادى في حماية نفسه من هذا القلق وقد أشارت "كارن هورني" إلى أن العصابي يحاول أن يحمي نفسه من قلقة بطرق أربع رئيسية.

1- بالسعي للحصول على الحب والعطف فهو في حاجة ماسة إلى هذا النوع من التأمين.

2- بأن يكون مسالماً مطيعاً.

3- بأن يحاول أن يحصل على القوة والتملك والمكانة وهو يبرر ذلك بأنه إذا كانت لديه القوة فلن يؤذيه أحد.

4- بأن يحاول الانسحاب، ويكون رائدة في ذلك أنه إذا انسحب فلا شيء يمكن أن يطاله بأذى[2] .

---

(1) د مفتاح محمد عبد العزيز، الصحة النفسية والعقلية، أبتاذ الصحة النفسية – قسم علم النفس سنة 2001، دار هانيبال للنشر والتوزيع ص111-116.

(2) د. مصطفى خليل الشرقاوي، علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية للطابعة والنشر بيروت، ص288.

أوجه الاختلاف بين القلق والخوف العادي

القلق	الخوف العادي
1- لا يكون الفرد منتبهاً إلى مصدره عادة على مستوى لا شعوري، خوف داخلي من مجهول.	1- خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد على مستوى الشعور ويعرف مصدره.
2- يبقى غالباً رغم زوال مثيره الأصلي طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل	2- يزول بزوال المثير.
3- قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع.	3- ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلاً.
4- يوجد صراعات	4- لا يوجد صراع[1]

اضطرابات القلق والإنعصاب:

مر أغلبنا فترة من فترات حياته بقلق أو بإنعصاب سواء أكان ذلك على أساس المشاعر الذاتية أو الأعراض الجسمية، فيمكن أن يرتفع القلق مثل الامتحانات أو في أي ظروف متوترة أخرى فيقصر التنفس ويزداد إفراز العرق وترتعش اليدان وتضطرب "تكركب" البطن ولكن هذه الأعراض تعد بالنسبة إلى أكثرنا عابرة ويمكن التحكم فيها، ومع ذلك يكون القلق والانعصاب الشديد بالنسبة إلى بعض الناس خبرة دائمة ومستمرة[2].

إن القلق النفسي حالة من التطور يصاحبه شعور بالخوف والضيق والتوتر وعدم القدرة على التركيز، وقد يصاحب القلق تغيرات فسيولوجية أعراضها إفرازات في الغدد العرقية، وسرعة ضربات القلق.

ويقسم القلق إلى نوعين:

1- قلق عادي موضوعي: وهو قلق محدد يدرك الفرد أسبابه ودوافعه، ويظهر على

(1) د. مفتاح عبد العزيز، نفس المصدر السابق.

(2) د. أحمد محمد عبد الخالق، أسس علم النفس، دار المعرفة الجامعية سنة 1993 ص522،523.

صورة خوف مثل القلق الذي ينتاب الطالب الذي يهمل دروسه.

2- القلق العصابي: وهو نوع من القلق الهائم الذي لا يدرك المريض أسبابه.

أسباب القلق:

- عوامل الإحباط: أي الإعاقة التي تمنع الفرد من إشباع حاجاته ودوافعه ومن بين الإعاقة قسوة الوالدين وعدم إشباعهما لحاجات الطفل، وتوقع الفرد العقاب، وتزمت الضمير ورعونته ومحاسبته للفرد عن كل كبيرة وصغيرة، وذلك بسبب إفراط الوالدين في العشرة وكثرة الأوامر والنواهي.
- من الأمثلة على ذلك:

1- شخص يفرط في التدخين ويصاب بمرض الانقطاع نهائياً عن التدخين، ولكن هذا الموقف يسبب له نوع من الإحباط والضيق والتوتر.

2- استيلاء الطفل على قلم أو نظارة أبيه ليلهو فيسحبها الأب من الطفل خوفاً من إتلافها أو كسرها فتحبط رغبات الطفل[1]

نشوء القلق لدى الطفل:

يكون الطفل خلال السنة الثانية من حياة الطفل ميالاً لإظهار إمارات القلق، وذلك حينما تتركه الأم مؤقتاً وليس بالضرورة أن تكون هذه الإمارات علامة مرضية، ولكن من المحتمل أن تشمل نظرة الطفل إلى أمه على أنها مهمة لدرجة كبيرة لشؤونه والتي يفزع لها بسبب غيابها ويمكن أن يتوقع ذلك فالفصل عن الأم معيب للطفل لدرجة كبيرة وسوف يختار ردود فعل تشمل القلق الانفعالي.

إن اختبارات ردود فعل الأطفال الأمريكيين والأوروبيين الذين فصلوا عن أمهاتهم قدمت البرهان المؤثر وأكدت أن ذلك صحيح.

شملت مجموعة واحدة من الدراسات الأطفال الذين اضطربت حياتهم البيتيه، أما بسبب الحرب العالمية الثانية أو الحوادث الأخرى اضطرتهم لأن يبعدوا عن عوائلهم الخاصة.

(1) المصدر - د. خليل معوض - سيكولوجية النمو الطفولة والمراهقة 1983 - دار الفكر الجامعي، الطبعة الثانية ص243-244.

أن القلق الانفعالي لدى الأطفال في هذا العمر يمكن أن يكون قد انعكس في اضطرابات الصحة الجسمية، فخلال الحرب العالمية الثانية ظهر أن قسما من الأطفال الإنجليز ممن كانوا تحت السنتين من العمر لم يحصلوا على تقدم مقنع للقبول يوم الحضانة كما يتسنى بزيادة الوزن خلال ثلاث فترات شهرية (7،8،9) وقد قورنوا مع أطفال في بيوتهم وكانت حصص الأطفال في دور الحضانة مضاعفة من حيث كمية الطعام ووجبات غذائهم متوازنة بصورة أحسن ولكن فشلهم في الحصول على زيادة في الوزن يمكن أن يعزى للقلق الانفعالي الناجم من الانفصال عن الأم[1].

القلق عند الأطفال

بعد ستة أشهر من عمره يخبر الطفل أنواعاً معينة من القلق الأول مرة- لأنه سيتعرف على قلق الفراق separationanxiety وعلى التوتر مع الغرباء srangeranixiety وقلق الفراق ينبع عن مغادرة من يرعاه وهو الآن صديقه الأوحد. وقد يغادره وهو يخاطب الطفل باستمرار، ويستمر في التخاطب معه حتى من وراء الجدار فيطمئن الطفل نوعاً ويتعود بهذه الطريقة على عدم وجوده فيزيقياً أمامه ومع ذلك فهو مستمر معه في مكان ما بطريقة ما. وقلق الفراق عند الطفل في سنته الأولى يختلف تماماً عن قلق الفراق عند الراشد، لأن الطفل لا يفهم الاستمرارية بعد ولن يفهمها بالضبط لمدة طويلة (ربما حتى السنة السابعة من العمر) لذلك فأي شيء يختفي فيزيقياً (حتى الشهر السادس من عمره) فقد انعدم بالنسبة له، وهو لذلك يربط الفراق باللاعودة فيصبح قلق الفراق في الحقيقة الخوف من الموت. والخوف من الموت واحد من المخاوف الغريزية التي تولد معه فهو لا يكتسبه ولكنه يستخرجه كلما دعت الضرورة أو الموقف[2].

---

(1) المصدر: مجلة العلوم التربوية والنفسية،1990، مجلة تصدرها الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية، ص1914/14 د. محمد جاسم العبيدي،

(2) د. ألفت محمد صقي، سيكولوجية النمو، دار الفكر الجامعي سنة 1996، ص183،181.

وفي سنة 1894 فصل فرويد في مجموعة أمراض الوهن العصبي neurasthenia المرض الذي أسماه عصاب القلق Anxiety neurosis ووصف الخصائص الإكلينيكية لهذا العصاب بأنها:

1- قابلية الإثارة عموماً irritability فالقلق الناشئ عن توقع القلق expectation، ووخز الضمير، ونوبات القلق والمخاوف... ويعضد بقلق التوقع أو القلق مع حالة القلق:

- وجود شحنة منه في حالة طفو free floating إلى السطح، وعلى استعداد دائم لمهاجمة نفسها لدى مواجهة أي فكرة ذهنية تلائمها.

هكذا تصبح الأخطار الفيزيولوجية كالثعابين أو الديدان والحشرات موضع خوف مبالغ فيه. كما يرتبط تأثير القلق عموماً أيضاً بالحركة والمواصلات، مثل الخوف من الأماكن المتسعة agoraphobia ووسائل النقل إلا أن هذه ليست اتجاهات هستيرية لأنها تنشأ في الأصل عن فكرة مكبوتة[1].

القلق والإبداع:

هناك وجه آخر للعلاقات بين القلق والتحصيل يكمن في العلاقة الواضحة بين القلق والإبداع creativity وثمة ميل تاريخي قديم يشير إلى أن العباقرة من المبدعين يميلون إلى أن يكونوا من العصابيين، كما أنهم غير متزنين من الناحية المزاجية، وقد افترض (أرسطو) وجود هذه العلاقة، واتفق معه كثيرون في تشخيصه هذا. فعلى سبيل المثال كتب لامارتين (عن المرض العقلي الذي يسمى العبقرية) أما (درايدن) فقد كتب يقول من المؤكد أن المواهب العظيمة قريبة من "الجنون المتجه معه" وقد أجرى عدد من البحوث السيكولوجية التي حاولت دحض هذه النظرية، ومن المحتمل أن تكون دراسة (تيرمان) أشهر الدراسات في هذا المجال، فقد درس تيرمان عدة مئات من الأطفال الأمريكيين من ذوي نسب الذكاء المرتفعة بشكل غير عادي حيث اكتشف أنهم أفضل توافقاً وأقل قلقاً بالمقارنة إلى الأطفال متوسطي الذكاء.

(1) كمال دسوقي، الطب العقلي والنفسي، على الأمراض النفسية / دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ص161.

وقد أطلق "نيرمان" على دراسته تلك "الدراسة الوراثية للعباقرة" ويبدو أن دراسته أسفرت عن تمتع العباقرة بحسن التوافق ولكن الحقيقة أن هذه المجموعة من الأطفال ببساطة تعيش حياة مهنية ناجحة إلى حد كبير، ولكنهم لم يكشفوا عن أية قدرات إبداعية، ولذا فإن نتائج نيرمان ذات علاقة بسيطة بموضوع الارتباط بين القلق والإبداع[1] إلا أنه يبدو من يتصرف كما لو كان قلقاً ولذلك يستنتج من يلاحظه وجود القلق الذي يشار إليه حينئذٍ على أنه قلق غير واعي نتيجة لافتقار المريض الواعي به[2].

دفاعات ضد القلق:

على حين أنه يوجد تشخيص معين للاضطراب القلق فإن القلق هو المرض المميز الملازم للأعصاب عموماً بالإضافة إلى كثير من الأعراض الأخرى مميزة له التي توصف عادة بأنها سلوكية شاذة محددة مثل اللوازم والخلجات التي تبدو في صورة حركات تشنجية مفاجئة في الوجه أو عضلات الرأس والوساوس التي تبدو في صورة مجموعة من الأفكار التي تتسلط على المريض وتقلق شعوره قصراً عن إرادته. والقلق محدد رئيسي للسلوك وهو يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالألم الذي عُرف "بأنه مساعد نفسي فعّال للفعل المنعكس الوقائي" ويعد القلق كذلك خبرة منذرة بشكل فطري أن القلق طبقاً لتعريفه ليس له مصدر في البيئة. بحيث يمكن التعرف إليه بسهولة، وحتى إن وجد هذا العنصر فإن هناك من الضغوط الاجتماعية ما لا يعد ولا يحصى مما يمكنه أن يقف حائلاً دون اتخاذ إجراء مباشر نحو الابتعاد عنه. ومن بين الطرق التي يسلكها الناس في محاولتهم التعامل مع القلق التبرير: حيث يحاول إيجاد بسبب معقول يؤدي إليه كما يحاولون التخلص من مشاعر القلق عن طريق تعاطي الكحوليات العقاقير المهدئة أو بصرف أذهانهم عنه بالانهماك في العمل أو أي نشاط آخر، بالإضافة إلى أفكاره وتكذيبه[3].

---

(1) د. ريتشارد ليس، مقدمة لدراسة الشخصية، درا المعرفة الجامعية سنة 1990، ص83،84.

(2) د. أحمد محمد عبد الخالق-علم النفس المرضي والإكلينيكي - دار المعرفة ط1992 ص211.

(3) د. يوسف ميخائيل أسعد -المشكلات النفسية وحقيقتها وطرق علاجها - دار الفكر العربي ص102-107.

الشخصية القلقة Anxiety Persorlety:

نعني بالقلق تلك الحالة النفسية التي من شأنها أن تحصل للشخص على أن يبدي الخوف من أشياء لا تسبب خوفاً للأشخاص العاديين بل ويكون من المضحك أن يخاف الشخص منها أو الخوف من أشياء غامضة لا يستبينها المريض. أو التعرض لسلسلة من الأحلام المزعجة أو عدم القدرة على الانخراط في النوم لبعض الأمراض الجسمية التي لها علاقة وثيقة بالحالة النفسية كقرحة المعدة وبعض الأمراض السرطانية وقد يظهر القلق أيضاً في العلاقات الاجتماعية فلا يستطيع الشخص القلق أن يقيم علاقة اجتماعية لها صفة الثبات مع غيره، فنجده غير قادر على الانتظام على عمل بعينه أو الاستمرار في وظيفية واحدة. فالشخصية القلقة لا تعرف طعم الاستقرار النفسي أو الالتزام الوجداني فالتحكم الإرادي في حالة الشخصية القلقة غير موجودة على الإطلاق.

ولا تعرف الشخصية القلقة أنها قد تكون تحت رحمة الأقدار، تكون عرضة لزيادة الانفعالات الوخيمة التي تتصف بها وتتقاذفها. كما أن الشخصية القلقة لا تستطيع أن تتأثر بما ينصح به الناس، الشخص القلق يقدم انفعالات متباينة لا تتناسب له ولا تتكيف مع الموقف.

إن الاستجابة الوحيلة التي يمكن تقديمها من جانب المحتكين بالشخصية المصابة بالقلق هي التجنب والابتعاد أو المعاملة بحذر.

كيف نتخلص من القلق؟

يتفق علماء الصحة النفسية على حقيقة هامة في العلاج النفسي وهي أن الطريق غير المباشر في العلاج أفضل بكثير من الطريق المباشر سواء قام أحد بمهمة العلاج أم قام الشخص نفسه بعلاج نفسه، فإن الطريق المباشر والمفضل إلى العلاج الناجح والسريع هو الطريق غير المباشر. إن علاج الأمراض المرضية ليس بكافٍ في الوصول إلى الشفاء بل يجب تناول أس المرض وليس آخر طابق من طوابقه.

فقد يكون العرض المرضي والأعلى شيء مخالف للشيء أو السبب الحقيقي إذا ما أخذنا في تفسيره ظاهرياً بغير أن نسبر أغواره وبغير أن نصل إلى صلبه وكيانه

إن التجرد الثقافي والنفسي والأخذ بالأفكار السليمة فيما يتعلق بموقف المرء نفسه وموقفه من غيره والفلسفة الحياتية التي يأخذ منها وينهج وفقها لمن العوامل الأساسية التي تكفل له أن يتخلص من الركامة النفسية الرديئة التي يجب عليه التحرر منها حتى يستمتع بحياة تتسم بالطمأنينة والهدوء النفسيين بعد أن يكون قد نفى نفسه من عوامل الخوف الشعوري والقلق اللاشعوري[1].

حالات القلق:

استخدم علماء النفس مفهوم القلق لتفسير ردود الفعل المختلفة للإحباط وبالأشكال الأخرى للقسر والضغط. إن أي موقف يهدد كيان الفرد ينظر إليه على أنه مصدر من مصادر القلق الأساسية والإحباطات والصراعات ليست المصادر الوحيدة للقلق. فهناك أيضاً التهديد بالإيذاء الجسدي وتهديد احترام الذات، والضغوط الناجمة عن توقع الإنجاز بشكل أكبر مما تسمح به قدرات الفرد كل هذه المواقف تعتبر مصادر ممكنة للقلق. يعني القلق حالة غير سارة تتميز بالهم والخشية والفزع والرهبة والخوف التي يستشعرها الفرد في وقت ما من حياته وبدرجات مختلفة. (لقد ميز فرويد) بين نوعين من القلق، القلق الموضوعي الذي هو استجابة واقعية للخطر المدرك والناجم عن البيئة يوازي هذا المفهوم للقلق مفهوم الخوف. أما النوع الثاني من القلق الذي تكلم عنه فرويد هو القلق العصابي الناجم عن صراع لا شعوري داخل الفرد لا يكون الفرد عادة على وعي بأسبابه يشتمل القلق على حالة من التوتر وعدم الراحة، ولذا فإن الفرد يدفع إلى التخلص من هذا الموضوع إما عن طريق تجنبه أو خفضه. ومن خلال مسيرة حياة الفرد يتعلم طرق عدة لمجابهة المواقف المثيرة للقلق مباشرة وبعضها الآخر يتعامل مع الموقف بشكل مغاير للدفاع عن كيان الذات.

حالات القلق: إن القلق عنصر مشترك في كل أنواع العصاب ولكنه أكثر

(1) د. عبد الرحمن عدس – محمد الدين توق، كتاب المدخل إلى علم النفس ط. (1986) 367–368.

ارتباطاً مع بعض الأنواع دون الأنواع الأخرى، إن حالات القلق تشتمل على أنواع متعددة من العصاب ولكن أشرها نوعين.

1- ردة فعل القلق: إن العرض الأساسي لحالة القلق هذه هو الشعور المزمن وغير المزمن المتميز بعدم الراحة والخوف. إن الناس الذين يظهرون ردة فعل القلق يشعرون بالاضطراب، ويخافون الآخرين، ويشكون في قدراتهم على الدراسة والعمل ويعانون أحياناً من رعب فعلاً. كما أن هناك بعض الأعراض الجسدية التي يعاني منها هؤلاء الناس ومنها تسارع ضربات القلب، تصبب العرق البارد والدوار (الدوخة).

2- المخاوف المرضية: تتميز بخوف غير معقول كالخوف من الأماكن المغلقة والخوف من الأماكن العالية إن الخوف المرضي يمكن أن يقترن بالإشراط مع أي شيء مثل (حيوان)[1]

أثر القلق:

الفرد قد يسلك سلوكاً معيناً في موقف تعلّمي معين، يختلف اختلافاً بيناً عما يسلكه غيره في نفس الموقف بالرغم من تشابه الفرد الأول والثاني في الاستعدادات العقلية والجسمية والمزاجية.

نجد أن أحدهما تزيد نباهته وتقل أخطاؤه إزاء العمل والأداء، بينما الآخر تقل نباهته وتزيد أخطاؤه في الأداء في الواقع، إننا إذا حاولنا إرجاع هذه الاختلافات، فإنه لا يكفي إرجاعها إلى المثيرات البيئية ليس إلا، وإنما ترجع - أيضاً... إلى حالة الداخلية التي يكون عليها الفرد أثناء تأديته العمل، ولذا توجد علاقة وثيقة بين الأداء وبين الحالة الداخلية للفرد.

حيث أحياناً كثيرة يشعر الفرد بنوع من الاضطراب والانفعال يتمثل في صور الخوف والغضب، والقلق، وحينما تكون هناك معوقات لإشباع حاجات الفرد الأولية الفسيولوجية يظهر شعوره بالخوف والغضب، إذا كانت المعوقات تحول بينه وبين

(1) نوال محمد عطية علم النفس التربوي - كلية التربية جامعة عين شمس.-ط. الثالثة 1990م. مكتبة الأنجلو المصرية ص 70،73.

إشباع حاجاته العليا كالمكانة الاجتماعية، الانتماء، الأمن، فإنه يشعر في هذه الحالة بنوع من القلق الشديد بدوره يؤثر تأثيراً فعالاً في أدائه وأعماله المختلفة والتي بالتالي لا يتحقق فيها المكانة أو زيادة الإنتاج لذا فإن أثر القلق على الأداء والعمل أثر موجب فعال حتى بالرغم مما يتميز به الفرد من استعداد عقلي معرفي مناسب.

تحسن الإشارة هنا إلى قدر مناسب من القلق العادي أو السوي يلزم الفرد في سلوكه واستجاباته إزاء المواقف المتباينة، حيث يمكن اعتباره نوعاً من المثير الذي يدعو إلى حسن الأداء ودقته، وإلى زيادة الكفاية الإنتاجية، ولكن يجب الحد من زيادة القلق حيث تأثيره سلبياً على الأداء ويؤدي إلى تشتت التفكير والانتباه، وإلى أنماط من السلوك السلبي غير الفعال[1].

وراثة القلق:

إن مستوى قلق الفرد يعتمد على كيفية عمل وظائف بعض الأليـاف الفيزيولوجية فليس من الغريب أن يكون هناك فروق وراثية بين الأفراد فيما يتعلق بعمل تلك الآليات كما هو الأمر. تماماً في حالة الكبر من الخصائص الجسمية كالنحول أو لون الشعر ويمكن أن نكشف هذه الفروق الوراثية عن ذاتها في المستوى القلق لدى الفرد يبدو أن الوراثة لها دور مهم بل أن من المحتمل أن تكون أكثر العوامل أهمية في تحديد القلق، وقد ثار جدل كثير حول هذه الفكرة وتعتمد بعض الأدلة على الحس العام والبديهة ولكن هناك أيضاً بعض البراهين العلمية المتعلقة بهذا الموضوع وبقدر ما تعتمد هذه الأدلة على الحس العام فمن المحتمل أن أقوى اعتراض ينبع من حقيقة أن الأطفال الذين ينشأون في الأسرة ذاتها يبدو أنهم يختلفون كثيراً في مستوى القلق لديهم فيتسم أحدهم بكونه انفعالياً سريع الاهتياج على حين يتصف الآخر بكونه ثابتاً متزناً حسن التوافق وغالباً ما يترك معظم الأفراد ذلك من خلال معرفتهم بأسرتهم أو الأسر التي يعرفونها جيداً وقد تتلخص أكثر التفسيرات المعقولة في هذا الصدد في أن الأطفال يرثون هذه الاختلافات فيولد بعضهم قلقاً على حين يولد آخرون أقل قلقاً، كأن يكون فطام

(1) د. ألفت محمد حقي – المدخل إلى علم النفس – دار المعرفة الجامعية – 1992 – ص455.

الطفل القلق قد تم مبكراً عن الطفل الآخر أو أي شيء آخر من هذا القبيل.

ومن الممكن دائماً بطبيعة الحال أن يكتشف باحث ما خللاً بيئياً له أثر كبير على القلق، ولكن بعد كل هذه الأبحاث الكثيرة والتي أجريت في هذا المجال يبدو أن هذا المجال بعيد الاحتمال ويعود بنا ذلك مرة أخرى إلى احتمال أن القلق موروث بدرجة كبيرة.

القلق العصابي (الحصر) Arcxiey Neurosis:

وفيه يتصف الفرد بنوع ملائم (عام) من القلق أو التخوف أو الضيق يظهر مضاعفات عند مواجهة موقف يستدعي القلق فعلاً والفرد كثيراً ما يعلو العرق البارد أطرافه في الظروف الطبيعية ويشكو من عسر الهضم وخفقان القلب. انقباض الحلق. ضغط عالي حول الرأس يشبه الصداع وقد يشتد أحد هذه الأعراض أو يزداد عددها بظهورها بسبب القلق الحاد كازدياد نشاط الغدد الصماء بالجسم[1].

القلق العصابي Aecxiey Neurosis:

إن الشخص الذي يعاني من القلق العصابي يتميز بأنه يظل في حالة ثابتة تقريباً من الخوف والترقب والقلق (Worry) فهو يخاف من أن يفقد أمواله، ويخشى أنه لن يكون موفقاً في أعماله، أو أن يصاب بالجنون إذا كان طالباً فهو قد يظل متعلقاً بدرجة شديدة بالنسبة لدرجاته التحصيلية أو بالنسبة لإمكانيته في تكوين أصدقاء من زملائه... الخ.

والعصابي الذي يعاني من مشاعر القلق الحاد قد يتمادى في حماية نفسه من هذا القلق، وقد أشارت كارن مورني (1937-ب) إلى أن العصابي يحاول أن يحمي نفسه من قلقه بطرق أربع رئيسية:

1- بالسعي للحصول على الحب والعطف فهو في حاجة ماسة إلى هذا النوع من التأمين ولسان حاله هو "أنك أحببتني فإنك لن تؤذيني".

2- بأن يكون مسالماً مطيعاً فالعصابي قد يعتقد بأنه إذا أستسلم فإنه لن يصاب بأذى.

---

(1) د. ألفت محمد حقي المدخل إلى علم النفس ط. 1992.دار المعرفة الجامعية.

3- بأن يحاول أن يحصل على القوة والتملك والمكانة وهو يبرز ذلك بأنه إذا كانت لديه القوة فلن يؤذيه أحد.

4- بأن يحاول الانسحاب ويكون مراده في ذلك أنه إذا انسحب فلا شيء يمكن أن يطاله بأذى بالإضافة إلى تلك الطرق فإن العصابي الذي يعاني من القلق الحاد قد يحاول أن يهرب من متاعبه وهمومه بالإفراط في الأكل والإفراط في شرب الكحول وغيره من المخدرات.

القرح الهضمية والقلق:

هنالك علاقة واضحة بين القلق والقرح الهضمية pepticulcos وتنتج هذه القرح من زيادة إفراز الأحماض المعدية المحتوية على العصارة الهضمية تلك العصارات التي تأكل جدران الإثنى عشر والمعدة تاركة بعض الجروح، ولقد اتضح الآن أن التوتر العصبي والقلق والغضب المكبوت والضغوط الانفعالية العامة أو لشدة الانفعال تثير فيضان هذه العصارة حتى بصورة أكثر من الأطعمة والأشربة، مشاعر السخط القوية والعدوان أو العداوة والقلق التي تؤدي إلى زيادة إفراز الحمض[1].

القلق وأثره في الإصابة القلبية: (تجربة)

هنالك تجربة (يرود هاكولمان) تلقي بعض الضوء على الاضطرابات القلبية (cardiac disorders) أو المتاعب القلبية،ولقد كشفت هاتين التجربتين ارتباط المتاعب القلبية بالقلق أو الحصر بالانحصار أو الضغط، وأجريت هذه التجربة على بعض من الأغنام، وقد استطاع الباحث أن يجعل هذه الأغنام مصابة بالعصابي التجريبي أي المرض النفسي الوظيفي الذي ينتج عن التجربة ثم وضع الأغنام في حظيرة، وتم تعليمها التمييز بين مثيرين أو إشارتين، إحدى الإشارتين كان بينها صدمات، وتعلمت الحيوانات الفرق بين هذين النوعين من الإشارات كانت إذا سمعت الإشارة الأولى حركت رجلها، وإذا سمعت الثانية ظلت ساكنة، ثم تم تكوين عصاب نفسي في

(1) د. عبد الرحمن محمد العيسوي باتولوجيا النفس (دراسة في الاضطرابات الفعلية والنفسية جامعة الإسكندرية ط. 1990.

الحيوانات عن طريق جعل التمييز بين هذين المثيرين صعباً جداً، وتم استخدام أساليب مماثلة في تكوين العصاب في الخنازير والفئران وفي غيرها من الحيوانات.

يوضع الحيوان في موقف صعب جداً ويصبح عليه أن يتخذ سلوكاً، من ذلك جعله يختار بين موضوعين متشابهين جداً أو اختيار الإجابة الصائبة وهكذا، من علامات العصاب التي ظهرت على الأغنام ازدياد رد الفعل أو رد الفعل الزائد للمثيرات.

والشعور بعدم الراحة أو الاستقرار أو عدم انتظام التنفس وسرعته، وبعد مضي نحو عامين ظهر اضطراب في عمل القلب عند هذه الحيوانات من ذلك سرعة ضربات القلب نتيجة للمثيرات البسيطة وعلى الرغم من أن نتائج الدراسات التي تجرى لا تطبق على الإنسان لكنها تلقي الضوء وتساعد وتسهم في رسم برامج الوقاية والعلاج[1].

لماذا يشعر الطلاب بالقلق والانزعاج من الامتحان؟

واضح أن السبب الرئيسي لشعور الطلاب بالقلق هو الخوف من ضعف التقدير (46.90٪) يلي ذلك الخوف من الرسوب (36.29٪) أما الخوف من ردة فعل ولي الأمر فلا يماثل إلا نسبة ضئيلة (3.54٪) ويدل ذلك على إيمان الأسر العصرية باستقلال الفتى والفتاة نسبياً وعدم ممارسة ضغوط شديدة عليهم للتفوق الدراسي[2].

طريقة إزالة القلق:

مريض عمره يقارب 50 يرتدي لباساً أنيقاً مستلقياً براحة على كرسي، عيناه مغلقتان، والتنفس طبيعي والأطراف مجموعتان بدأ عليه شيء من الاسترخاء كان المعالج قد طلب منه أن يتصور نفسه أنه يمشي في قطار تحت الأرض باتجاه محطة معينة، أن يتصور أن أبواب القطار مغلقة خلفه وأن القطار بدأ يتحرك خارج المحطة التي يريدها المريض، أثناء ذلك ظهر على المريض العلامات الفسيولوجية التي تدل على عدم راحة المريض، وعلى إثارته ومن ثم تحركات سبابة اليد اليمنى للمريض

---

(1) د. عبد الرحمن العيسوي - باثولوجيا النفس (دراسة في الاضطرابات الفعلية - جامعة الإسكندرية ط1999. ص279-280.

(2) د. عبد الرحمن محمد العيسوي علم النفس في المجال التربوي) ط. الأواي. 1409-1989 ص351.

لتشير إلى أنه بدأ يعاني من القلق، وفي الحال أخبر المعالج المريض بأن ينـهي المشـهد الذي يتصوره وأن يعود إلى الحالة من الاسترخاء والهدوء، وبعد عـدة لحظات طلـب من المريض أن يعود مرة ثانية لتصور نفس المشهد، أن هذا المريض هو رجل أعمـال ناجح كان يشعر بضيق شديد عندمـا يحـاول أن ينتقـل بواسـطة المواصـلات العامـة والآن أصبح يشعر بأنه استطاع أن يفعل شيء مـا تجـاه مخاوفـه ولـو بصـورة جزئيـة، حيث أنه أثر بتصوراته ونجح في التغلب على ذلك، أن المتطلبات التمهيدية للعـلاج قد تمت، ومدرج القلق أصبح جاهزاً والإجراءات العلاجية أصبحت ملائمة للعمـل وهي تتضمن عمل بعض المشاهد والتصورات حسب جـدول منظـم تحـت ظـروف مهنية، مفضلة من أجل كف الخوف، وفي مثل هــذه الحالـة وجـد المعـالج أن حصيلـة الاسترخاء التام مناسبة في هذه الحالة كاستجابة مضادة والمعـالج يعمـل حسـب خطـة منظمة بحيث تكون كل نقطة في مدرج القلق تخفف نسبة قليلة مـن الخـوف وذلـك بمساعدة عملية الاسترخاء وفي هذه الحالة قد نلاحظ بعض المعالجين ينتقلون مباشـرة إلى مرحلة أخرى تالية دون أن يتأكد فيها إذا كان القلق المصاحب للمرحلة السـابقة قد زال نهائياً أم لا؟

حيث أنه إذا صح ذلك فإن القلق المتبقـي في المرحلـة السـابقة في المشـهد(أ) سوف يضاف إلى المشهد الذي يطلب من المريض تصوره في المرحلة (ب)، وهـذا مـا يجعل عملية كف استجابة الاسترخاء لاستجابة القلق صعبة، نستخلص مما سـبق أن كل موضوع أو فكرة (مثيرة للخوف أو للقلق لـدى المريـض) تتطلـب عمليـة بنـاء لمدرج قلق يحتوي على مشاهد . بنة Scarce كل منها يؤدي إلى درجة كبيرة أو قليلـة من قلق لدى المريض والسؤا. الذي يـرد الآن كـم مـن الوقـت يجـب أن يسـتغرق تقديم هذه المشاهد ال المـ ض في جلسة علاجية واحدة؟

إن تقديم مشهد معين يكون في المتوسط ليس أقل مـن (3-4) مـرات تـدوم جلسة التحصين المنظم في الحالة حوالي (20-60) دقيقة وعادة فإن فـترة (25) دقيقـة التي تناسب جلسة العلاج تسمح بتقديم (4-5) مشاهد[1].

---

(1) د. هارولد ريجنالدبيتش - تعديـل السـلوك البشـري - مكتبـة الأنجلـو المصريـة (1994) ص117.

الأرق

هناك قول يقول (أن النوم سلطان) لقد صدق من قال هذه العبارة فالنوم يسيطر علينا فننام مهما كانت الظروف ويجفونا فنأرق ولا نجد له سبيل وإذا حاولنا استجلابه فإننا بلاحثين عن الأرق.

والنوم أمر من الله فلا نستطيع السيطرة عليه وهو يخضع لقوانين وسنن وضعها الله سبحانه وتعالى في جهازنا العصبي وحدد له إيقاعات زمنية يسير عليها نشاط جسمه بكل أعضائه. وإننا نتوقع حدوث الأرق عندما نجد ما يتعارض مع هذه القوانين التي يتبعها النوم من ظروف خارجية في البيئة التي تحيط بنا أو ظروف داخلية في أعضاء الجسم نفسها أو إذا ما أردنا أن نتخلص من هذا الأرق فعلينا أن نزيل تلك الظروف الخارجية والداخلية التي اعترضت سبيل النوم.

وأن ما يعترض سبيل النوم علل نفسية مثل القلق وأخرى عقلية مثل الاكتئاب وثالثة جسمية مثل هبوط القلب وما يتبعه من احتقان الدماغ وأيضاً الحبوب المنومة من مشتقات ما يسمى بحامض الباريتيورات مثل "اللومينال والفانا دورم... الخ".

هذه الحبوب تجبر النوم على المجيء مضطراً ليلة أو ليلتين ولكن سنن الله لا تتبدل فذلك المجيء الاضطراري يتدخل في دورة النوم الطبيعية فتضطرب وتحاول تعويض ما فاتها من انسجام في الليالي التالية فيتمرد على الحبوب المنومة فإذا أردنا إجبار النوم مرة أخرى احتجنا إلى عدد من الأقراص أكثر فأكثر وهكذا إلى أن يفلت زمام الأمور تماماً ونصبح عن طريق الحبوب نبحث عن الأرق وتصبح أنسجة الجسم معتمدة على تلك المواد فإذا ما حرمناها من هذه المواد اضطربت وظائفها لفترة طويلة أو قصيرة تعاني من خلالها آلام ومتاعب ولكن ليس معنى هذا الا نستعمل هذه الحبوب ولكن نستعملها كحل مؤقت بينما نحن نعالج السبب الأساسي لاضطراب النوم. وغيرها من الأدوية التي تدخل في دورة النوم وتسبب أرقاً متزايداً وصداعاً في الليالي التالية وأكثر من هذا تتأثر أنسجة المخ نفسها فتفسد بعض المناطق الهامة التي تنظم الأحلام والذاكرة.

إذا علينا أن نصاحب النوم بالمعروف ولا نجبره على مصاحبتنا قسراً فإذا جفانا فلنبين أسباب الجفوه ولنتخذ لإزالتها الأسباب السليمة.

السير أثناء النوم

أن السير أثناء النوم ظاهرة تظهر في عدد غير قليل من الناس وبدرجات متفاوتة بعضها لا يثير الاهتمام ولكن في بعض الحالات تكون الحالة سبباً في إزعاج الأهل والشخص الذي يسير وهو نائم.

أسباب هذه الظاهرة:

أن أسباب هذه الظاهرة قد يكون وراثياً وفي بعض الحالات يكون حالات الهستيريا وفي بعض الأحيان يكون السبب نوع خاص من مرض الصرع.

وقت ظهور هذه الحالة:

أن هذه الحالة تظهر في الطفولة المبكرة قد يسير الطفل أثناء نومه ولكن بمرور الأيام تختفي الظاهرة.

كيف يحدث ذلك؟

يكون الشخص مستغرقاً في النوم وفجأة يقوم من سريره ويمشي ويفتح الباب ويخرج وينزل من السلم كل هذا يحدث وكأنه في كامل وعيه.

إن هذا الشخص ممكن أن يصطدم بأي شيء أو قد يقع ، أي حفرة وليس حقيقة أن الشخص إذا سار وهو نائم يستطيع أن يتحرك حركات " ثمة صعبة دون أن يتعرض للخطر.

العلاج في هذه الحالة:

العلاج يكون بمعرفة السبب الذي يجب أن يعالج ولكن في أغلب الأحيان تكون الظاهرة بسيطة وتختفي دون علاج.

فمثلاً: إذا كانت هذه الحالة يصاحبها الهستيريا فإنه يجب معالجة حالة الهستيريا، وفي الحالات المصاحبة للصرع فإن العلاج يبدأ بحالة الصرع نفسها.

الغيرة

أن الغيرة إحساس مر على كل واحد منا والغيرة قد تكون عادية يمكن علاجها بالصراحة والكلام.

ولكن هناك الغيرة الناتجة عن مرض فإنه يمكن معالجتها بالأدوية وإننا نستطيع أن نقضي على هذه الغيرة بمحاولة فهم أنفسنا والصراحة هي أحسن علاج للغيرة العادية.

فإذا كانت الغيرة العادية تتميز بالقلق والخوف من فقدان حب شخص آخر فإن هناك نوعاً آخر من الغيرة يمكن أن نسميه الغيرة شبه المرضية والغيرة هنا قد تتحول إلى غيرة مرضية حيث تكون المبالغة في الخوف على الشخص الأخر والشك الدائم في تصرفاته، ودائماً يسقط الشخص أفعاله على الشخص الذي يغار عليه.

ويمكن أن نقول أن الغيرة ناتجة في اغلب الأحيان عن مرض وعلاج هذا المرض ينهي الإحساس القاسي بالغيرة.

إن نار الغيرة قاسية ولكن بالتفكير السليم والفهم الصحيح يمكن أن نطفئ هذه النار قبل أن تلتهم حياة الناس وتهدم بيوتهم.

الحيل اللاشعورية كوسائل للتكيف النفسي:

من هذه الحيل السائدة نذكر ونشرح باختصار ما يلي:

1- التبرير:

ويقصد به تفسير الفرد لسلوكه بأسباب منطقية يقبلها العقل مع إنها ليست الأسباب الحقيقية لهذا السلوك، حيث يرجع إلى أسباب انفعالية صرفه يخشى من التصريح بها لما قد يكون فيها من تحقير له وامتهان لذاته مما قد يشعره بالعار والخجل. والفرد بلجوئه إلى التبرير يخدع نفسه، تدفعه إلى ذلك دوافع لا شعورية[1].

---

(1) عمر التومي الشيباني "الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب ص259-260.

2- الإسقاط:

وهو عملية لا شعورية يحمي فيها الفرد نفسه بإلصاق عيوبه بصورة مكبرة بالغير وتفسيره لأعمال الغير بحسب ما يجري في نفسه هو.

(وعملية الإسقاط هذه شبيه بإسقاط الصورة من داخل الفانوس السحري على الشاشة الموجودة في الخارج فالصورة لا تنتمي في الواقع إلى الشاشة الخارجية التي أسقطت عليها، وإنما تنتمي إلى الفانوس السحري وتوجد فيه)[1].

3- التقمص:

عملية مناقضة لعملية الإسقاط إذ يتقمص فيها الفرد بالصفات المحببة إلى النفس التي يرجو أن تكون مكملة له من شخصية يحبها ويحاول أن يتخذها مثلاً يحتويه.

ويتم هذا بطريقة لا شعورية، مما يؤدي إلى أن يأخذ الشخص من هذا النموذج صفاته جميعاً السيئ منها والحسن[2].

"المراهق الذي تعجبه شخصية مدرس له، قد ينتهي به الأمر إلى أن يأخذ عن هذا المدرس لا شعورياً طريقته في الكلام وطريقته في المشي ونبرات صوته"[3].

4- التحويل:

ومعناه أن الحالة الانفعالية أياً كان نوعها عدواناً أو كراهية أو غير ذلك إذا وجدت عائقاً في موضوعها فإنها قد تتحول إلى موضوع آخر يغلب أن يكون له بعض الشبه أو الصلة بالموضوع الأول وليس شرطاً أن يكون هذا الشبه واضحاً لكل إنسان فقد يكون الشبه موجوداً فقط بصورة لا شعورية في ذهن القائم بالتحويل" وقد يكون شبهاً تافهاً جداً.

(ومن الأمثلة التي يمكن أن نذكر لتوضيح هذه الحيلة اللاشعورية ذلك

---

(1) نفس المرجع السابق ص261.
(2) إبراهيم محمد الشافعي، الفكر وتوجيهه للعمل التربوي ص125.
(3) نفس المرجع السابق.

التلميذ الذي يكره والده بسبب قسوته عليه أو طلاق أمه أو زواجه عليها، ولكنه لا يستطيع أن يعبر عن هذه الكراهية تعبيراً صريحاً لأن العادة والعرف لم يجريا بذلك، ومن ثم فإنه يتحول بكراهيته هذه إلى المدرسة لوجود الشبه بينها وبين الوالد)[1]

5- رد الفعل:

في هذه العملية يحاول الفرد أن يخفي الدوافع التي لا يرضى عنها هو نفسه أو التي لا يرضى عنها المجتمع" وذلك بكبتها والتعبير عن دوافع مضادة لها بشكل مبالغ فيه.

فقد يقيم شخص نفسه داعياً للفضيلة محارباً للرذيلة متعنتاً مع من يرتكبها أو هو في الحقيقة يخفي الرذائل الموجودة فيه لمحاسبتها في غيره.

6- الإحلال أو الإبدال:

الإحلال تحته عمليتين:

العملية الأولى الإعلاء وفيها يبدل الفرد طريقة التعبير عن دافع ينتقده المجتمع إلى سلوك مرغوب فيه كإعلاء الدوافع الجنسية بالرياضة والصوم والعملية الثانية التعويض المتمثل في الجهود الذي يقوم به الفرد ليعوض نقصاً فيه بالنجاح في ناحية أخرى تقوم مقامه، وذلك كالطالب الذي يفشل في دراسته فيحاول تعويض هذا النقص بالتفوق في النشاط الرياضي والاجتماعي.

"وكالموظف الصغير في دخله والذي يحاول تعويض النقص الذي يشعر به بسبب صغر درجته ومحدودية دخله بالمبالغة في الاهتمام بمظهره وملبسه ومركزه[2]".

7- الكبت:

وهو نوعان: أحدهما الكبت الشعوري وهو ما يسمى بالقمع وثانيهما الكبت اللاشعوري الذي يعتبر إحدى الحيل الدفاعية اللاشعورية والشعور المصاحب له هو الشعور بالذنب وهو شعور شخصي يشعر به الفرد لفقده لنفسه.

---

(1) عمر التومي الشيباني، نفس المرجع السابق، ص263.

(2) د.محمد التومي الشباني، نفس المرجع السابق، ص264.

هذه هي أهم الحيل الدفاعية اللاشعورية التي قد يلجأ إلى بعضها لفشل في تحقيق هدف من أهدافه الهامة وفي إشباع دوافع من دوافعه أو حاجة من حاجاته الهامة للتخفيف من توتره وتحقيق شيء من التكيف النفسي ولو لفترة محدودة" وإذا كان اللجوء إليها في حدود المعقول فإنه ليس منها ما يضر بل على العكس من ذلك قد يحقق للشخص بعض الفوائد الضرورية في كفاحه في سبيل تحقيق التكيف أو التوافق النفسي[1].

الأمراض العصبية النفسية:

أهم الأمراض النفسية القلق والخوف المرضي، والهستيريا والوساوس والتسلطات القهرية، والنيورستانيا، والرجع العصبي.

(وتشترك هذه الأمراض والانقباضات، والانشغال الزائد بالأمور الجنسية، والآلام الجسمانية التي لا يوجد لها أي أساس عضوي، والأفكار والأفعال الاستحواذية والخوف من الجنون والشعور بالضعف الجسماني عامة).

ويجب علينا عدم الخلط بين الأمراض النفسية والأمراض العصبية أو الجسمية، فالأمراض العصبية هي التي ترجع إلى أسباب عصبية أي عضوية أو جسمية، أما الأمراض النفسية فإنها ترجع إلى أسباب نفسية بحتة أي إنها أمراض وظيفية[2].

(1) سعد جلال، في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية،ص107.
(2) عبد الرحمن محمد عيسوي، علم النفس ومشكلات الفرد، ص236.

المصادر

1- د. أحمد محمد عبد الخالق - علم النفس المرضي والإكلينيكي - دار المعرفة ط1992 ص- 211-215.

2- د. ألفت محمد حقي - المدخل إلى علم النفس - دار المعرفة الجامعية -ط. 1992- ص455-456.

3- د. ألفت محمد حقي المدخل إلى علم النفس دار المعرفة الجامعية ط. 1992..

4- د. حسين محمد خير الدين - العلوم السلوكية - الناشر مكتبة عين شمس - ص 157 - ص 272.

5- د. حمدي خبلي - علم النفس التربوي - الصحة النفسية - منشورات المكتبة التجارية للطباعة - ص13- ص38.

6- د. حمدي خبلي - علم النفس التربوي - الصحة النفسية - منشورات المكتبة التجارية للطباعة- ص65- 67.

7- د. سعد جلال في الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية: دار الفكر العربي - ط (1986) ص 153-154.

8- د. عبد الرحمن العيسوي - علم النفس الفسيولوجي في تفسير السلوك الإنساني - دار النهضة العربية - سنة النشر 1991م.

9- د. عبد الرحمن العيسوي - علم النفس في المجال التربوي:- دار المعرفة ط (1409هـ- 1989م) ص351.

10-د. عبد الرحمن عدس - محمد الدين توق) كتاب المدخل إلى علم النفس ط. (1986) ص 367-368.

11-د. عبد الرحمن محمد العيسوي باثولوجيا النفس : دار المعرفة - جامعة الإسكندرية ط (1990)ص 279-280.

12-د. عبد المنعم المليجي - النمو النفسي - درا النهضة العربية - الطبعة الخامسة سنة 1971م - ص 345.

13-د. فاخر عاقل - أصول علم النفس وتطبيقاته - دار العمل للملايين - طبعة أولى 1973- ص170،171،172.

14-د محمود السيد أبو النيل - التحليل العاملي للذكاء - دار النهضة العربية - سنة النشر 1986م- ص80،81،82.

15-د. محمود عبد الله صالح - أساسيات في الإرشاد التربوي - دار المريخ للنشر.

16-د. محمود عبد الله صالح - أساسيات في الإرشاد التربوي - دار المريخ للنشر - ص78- 79.

17-د. مفتاح عبد العزيز علم النفس العلاجي واتجاهاته الحديثة: دار قبا للنشر والتوزيع (2001) ص 67- 68.

18-د. هارولد ريجنالدبيتش - تعديل السلوك البشري - مكتبة الأنجلو المصرية (1994) ص117.

19-د يوسف ميخائيل أسعد -المشكلات النفسية وحقيقتها وطرق علاجها ص103- 106.

20-ديوسف ميخائيل أسعد - سيكولوجية الشك - الناشر مكتبة الغريب - ص 62- 63ص 93 - ص 103- 104- 106- 108.

21-عادل أحمد عز الدين الأشول سيكولوجية الشخصية ط 1988 مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة ص 330.

22-عدنان الشريف من عمل النفس القرآني دار العلم للملايين الطبعة الأولى 1987 بيروت لبنان ص 134 - 135.

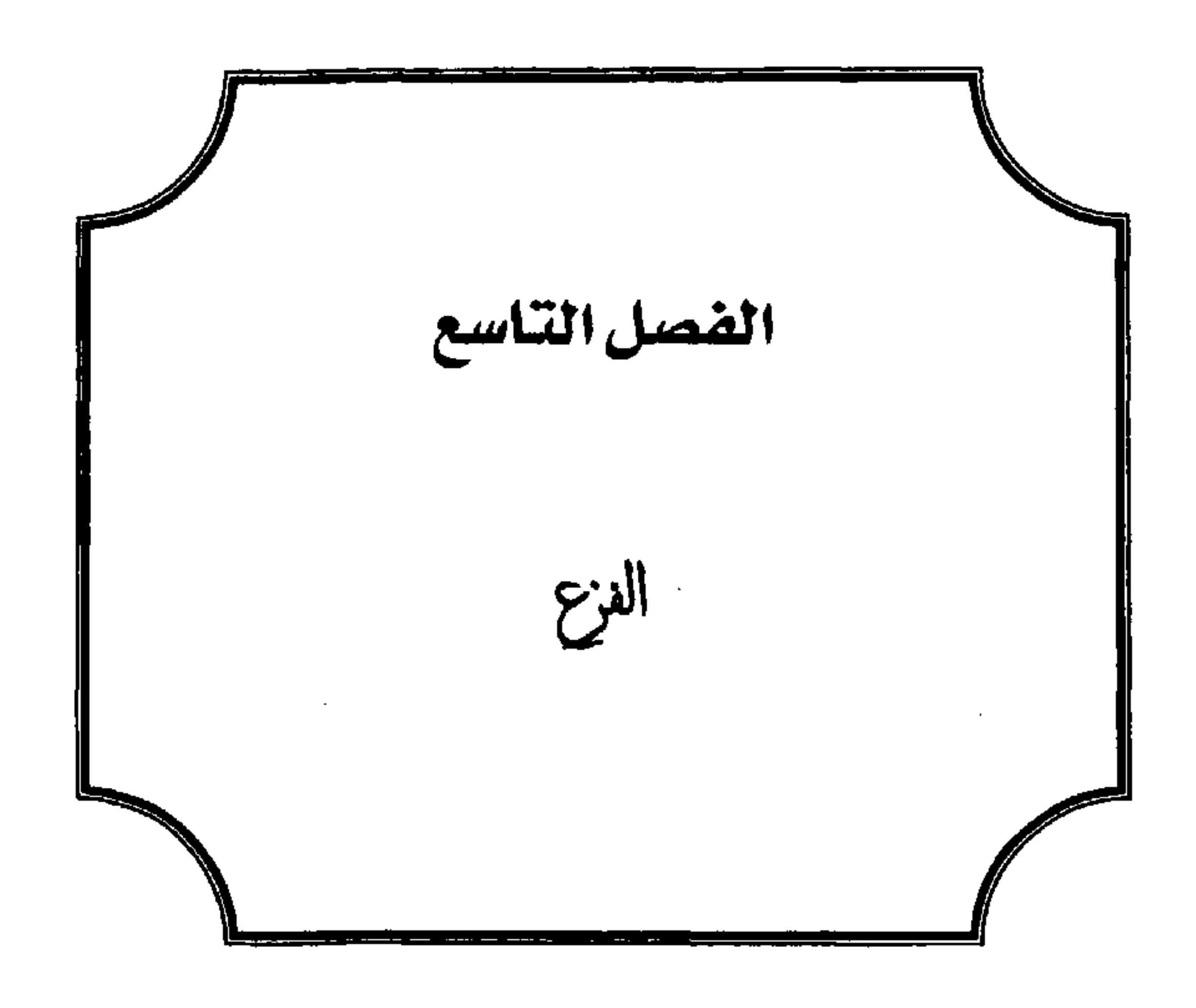
23-فؤاد البهي السيد الأسس النفسية للنمو دار الفكر العربي الطبعة الثالثة 1974 ص 444- 445.

24-مقدمة لدراسة الشخصية: د ريتشارد لن- دار المعرفة الجامعية - ط. (1990) ص 112- 121.

25-نوال محمد عطية علم النفس التربوي - جامعة عين شمس.-ط. الثالثة 1990م. مكتبة الأنجلو المصرية ص 74،73.

26-يوسف مخائيل أسعد - سيكولوجية الشك مكتبة غريب ط. 1983 القاهرة ص 210- 211.

27-يوسف ميخائيل أسعد - رعاية الطفولة - النهضة المصرية - القاهرة - 211.



الفصل التاسع

الفزع

الفصل التاسع

الفزع

لقد لوحظ أن الأفراد المصابين باضطراب الفزع أو عصاب القلق PANICDISORD كما كانوا يسمونه قديماً يعيشون في نوبات قلق أو ذعر، وهي في الغالب نوبات فجائية تبدأ بإحساس شديد برعب لا يمكنهم تفسيره أو السيطرة عليه.

تكون هذه النوبة مصحوبة بصعوبة في التنفس ورعشة وغثيان وإفرازات زائدة للعرق واضطراب معدل ضربات القلب وغيرها من علامات التوتر.

يميل هؤلاء الأفراد إلى الظهور بمظهر القلق المستمر وإبداء ردود أفعال زائدة اتجاه أقل الضغوط.

ويطلق على القلق من هذا النوع اسم القلق الحر لأنه لا يمكن اقتفاء أثر أسبابه الجذرية كما أن التوتر العقلي والاضطرابات الهضمية والصداع كلها من المظاهر الجسمية المصاحبة لهذا الاضطراب.

وينتاب الأفراد المصابون بهذه الحالة قلق شديد وضغوطات أخرى والذي يتدخل هذا القلق في تركيز هؤلاء الأفراد ونومهم فيصابون بالأرق - التعب - التوتر المزمن.

ويؤدي بهم غالباً إلى الاكتئاب ويقال أن حوالي 10مليون يعانون من هذا الاضطراب وقد يحاول مثل هؤلاء الأفراد الهروب من مشكلاتهم عن طريق (السكر - الإدمان - وتجنب المواقف التي تحدث لهم نوبات).[1]

الخوف من الأصوات والضوضاء (المفاجئ)

يعد الخوف من الضوضاء العالية والمفاجئة خوفاً فطرياً فعندما يسمع الأطفال حديثو الولادة ضوضاء مفاجئة فإن الأصوات العالية والمفاجئة تضع الكائنات

[1] لندال دافيدوف (مصر سابق).

البشرية على أهبة الاستعداد وتمكنها من حشد إمكاناتها للهروب. ففي وقت الحرب مثلاً نجد أن عواء صفارات الإنذار يجعل الناس يهرعون إلى الملاجئ التي تحميهم من الغارات ويفزع الطفل في العام الأول من عمره من الضوضاء المفاجئة ولكنه قد لا يبدي أي رد فعل إزاء طنين نحلة أو مواء قطة ونجد أن الطفل الأكبر سناً يفزعه الصوت الأخير وذلك لأنه أكثر وعياً وإدراكاً للخطر الممكن حدوثه.[1]

الخوف المفاجئ:

نجد أثناء الخوف تكون هناك زيادة إفراز هرمون الأدرينالين الذي يؤدي بالكبد إلى زيادة نشاطه فيقوم بزيادة كمية السكر الذي يفرزه الكبد فتزول أثارها بسرعة.[2]

توتر وارتعاش العضلات:

يعتبر توتر العضلات من الأعراض المصاحبة للانفعال فقد يرتعش الفرد أثناء الانفعال الشديد ويتبين من خلال رسم العضلات الكهربائي أن النشاط الكهربائي يتزايد أثناء انفعال الفرد[3].

الأحلام المفزعة:

تتمثل معظم الأحلام بتحقيق رغبات محرومة أو مكبوتة أو مرفوضة ويعكس بعضها صراعات داخلية عنيفة.

توصل الكوابيس لنا الفكرة المخفية التي مؤداها أن رغبة مرعبة قد تتحقق ويمارس معظم الأطفال الاستمناء وينخرطون في ممارسات جنسية محرمة وأفضل طريقة لمعالجة هذه الظاهرة في عدم معالجتها على الإطلاق ومن المؤكد لا يوجد أي سبب يدعوا إلى اتهام الطفل أو معاقبته على إحساسه برغبات جنسية سوية.

إن الطفل الذي يعاقب على الاستمناء ويقلع عنه أثناء ساعات اليقظة ولكن بمجرد أن ينام، فإن الرغبات اللاشعورية قد تظهر وقد يحلم الطفل باللعب بأعضائه

---

(1) د عبد العزيز القومي، د محمد عبد الظاهر الطيب. مخاوف الأطفال، 1991، الطبعة الثانية، الناشر مكتبة الأنجلو المصرية. ص176-177.

(2) د. عبد الحليم محمود السيد (مصدر سابق) ص470.

(3) د. عبد الحليم محمود السيد (مصدر سابق).

التناسلية وقد يثير قلقاً شديداً، وتعد الكوابيس المرتبطة بالخرافات العدوانية أكثر رعباً.

إن الطفل الخائف يحتاج طمأنينة ممزوجة بالحب تساعده على أن يتخطى مخاوفه ومن غير المفيد حقاً أن نرغم الطفل على التغلب على مخاوفه يدفعه إلى ذلك أو تهديده أو معاقبته.

الأحلام والكوابيس:

الأحلام الليلية هي إلى حد كبير خبرات بصرية، والأبحاث الحديثة التي أجريت حول النوم أظهرت أن معظم الناس يحلمون حوالي 5 مرات في الليلة خلال دورات النوم التي تحدث فيها ما يسمى بحركات العين السريعة.

وهذه الحركات هي حالة من النشاط الخاص بالمخ الكهربائي (EEG)وكذلك من خلال مراقبة حركات العين السريعة أثناء النوم وإذا ما تم أيقاظ دون حدوث هذه الحركات فإنه يتذكر بعض الأفكار لكنها تكون أقل بصرية في طابعها[1].

علاج الخوف Phobia :

1- امتناع الآباء والكبار عن السخرية من مخاوف الأطفال فلا يجب أن يهتم الأباء بالجبن والغباء إذا ما أبدى الأطفال شعوراً بالخوف، بل يجب تبصير الطفل بهدوء بأن مثل هذه المخاوف أمورٌ عادية.

2- تشجيع الطفل للتحدث عن تجاربه وخبراته كما يشاء.

3- عندما يتعرض الطفل لمواقف انفعالية مؤلمة، كموت الأم أو الأب أو انفصاله عن إحداهما، فيجب أن يتحدث الكبار للطفل بصدق وأمانة مع إحاطته بالحب والعطف.

4- عرض حالات مخاوف الأطفال المرضية على الطبيب النفسي لدراستها ورسم خطة للعلاج[2].

---

(1) د. عبد العزيز الغوصي، د. محمد الظاهر الطيب (مصدر سابق).

(2) د. خليل ميخائيل (مصدر سابق) ص253.

الواقع أن جميع مخاوف الطفل المرضية تستحق التدخل من الآباء والمتخصصين، ويمكن مساعدة الطفل بالطرق التالية:

1- تجنب الطفل المواقف التي تبعث فيه الخوف؟ أي تعويده على تلك المواقف.

2- عدم النقد والاستهزاء من مخاوف الطفل أو أخذها مآخذ للتسلية والضحك.

3- عدم إجبار الطفل على مواجهة المواقف التي تثير انفعال الخوف لديه بالقوة أو بطريقة تنفره منها أكثر وتزيد مخاوفه.

4- توضيح الأمور الغريبة والجديدة للطفل وتقريبها من إدراك الطفل وفهمه.

5- عدم تهديد الطفل حينما يخطئ حتى يكف عن سلوك غير مستحب.

6- يفضل احترام الطفل لوالديه ولأوامرهما عن خوفه منهم ومن عقابهما أو تهديداتهما.

7- توفير المثل الأعلى الذي يقلده الطفل ويحتذي به.

8- لا يجب أن يتشاجر الكبار، وخاصة الأب والأم أمام الطفل لأنه بذلك يفقد ثقته بمن حوله، الأمر الذي ينعكس على نفسيته.

9- الحد من المقارنات والموازنات بين الأطفال والتي تخلق عدم الشعور بالأمن[1]

---

(1) د.محمد عبد المؤمن حسين (مصدر سابق) ص143.

مفهوم الخوف

الفوبيا Phobia وهي خوف فجائي مفرط من موضوع معين يقابل بالأحجام المستمر، والإنسان الذي يعاني من هذا الاضطراب يعرف أن خوفه غير متناسب مع الخطر الذي يستشعره.

ويرى العلماء أن الفوبيا ما هي إلا ردود أفعال مزاجية مرتبطة بالقلق فهم يفترضون أن الخوف يتحول لاشعورياً من موقف مثير للقلق إلى شيء غير ضار إطلاقاً[1].

يعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانزمات الحفاظ على الذات في البشر وفي الحيوانات على حد سواء والخوف إشارة خطر بالغة الأهمية فؤادها.

(خذ حذرك. ويمد الخوف المرء بالحافز الضروري لتعبئة طاقاته والتصرف بحذر).[2]

ومن المخاوف المرضية:

الخوف من الأماكن المغلقة من المخاوف الشديدة جداً ولئن كانت الرغبة في تجنب الزحام الشديد – وخطر الوقوع في شرك والاختناق في حيز ضيق.[3]

إلا أن الشخص الذي يعاني من خوف شديد من الأماكن المغلقة قد يبالغ في تجنب الأماكن فيفضل أن يصعد السلم أو الدرج لكي يتجنب استخدام المصعد ويعد مثل هذا السلوك شاذ.

- عندما يتعلم الطفل المشي يتعرض لسقطات مؤلمة، وهكذا ينمو لديه خوف يبرزه الواقع، والخوف كأحد أنواع الانفعالات يتضمن حالة من حالات التوتر النفسي، التي تدفع الخائف إلى الهروب من الموقف الذي أدى إلى استثارة الخوف حتى يزول

---

(1) لندال دافيدوف، مدخل إلى علم النفس. 1988 الطبعة الثالثة، ماكجروهل لنشر.

(2)

(3) أرنوف. ويتنج، مقدمة في علم النفس، 1977، الناشر دار ماكجرهل للنشر ص285.

التوتر ويزول الانفعل ويصاحب انفعال الخوف بعض التأثيرات الفسيولوجية مثل سرعة خفقان القلب - الإحساس بالهبوط في المعدة - الرعشة - إفراز العرق - القيء[1] في الواقع أن التربية التي تعتمد على الحماسة منذ نعومة الأظافر لها أكبر عامل على إشاعة المخاوف، وتمكينها في نفوس أطفالنا وشبابنا وعندما لا نكون على وعي بأننا خائفون تكون مخاوفنا مخفية عنا وعاملة بنشاط وحيوية في أعماق لا شعورنا، بينما نحن في حالة الشعور لا ندري شيئاً منها، فإننا نطلق على تلك المخاوف اللاشعورية اسم القلق Anxiety.[2]

وتبدأ المخاوف اللاشعورية لدى الإنسان الحديث مشكلة القلق لديه منذ بواكير حياته، فنحن كما قلنا نبدأ في ضرب سياج من التحريم على الطفل منذ ميلاده ويظل على هذه الحالة طول حياته.

والخوف في حد ذاته ليس شيئاً رديئاً يجب القضاء عليه أو يجب الاستغناء عنه تماماً في مجال التربية وفي المجالات الاجتماعية العادية.

أنواع الخوف:

أ- أكروفوبيا Acrophobia وهو الخوف من الأماكن العالية.

ب- ميسوفوبيا Misophobia وهو الخوف من التلوث.

ج- أكلوفوبيا Oclophobia وهو الخوف من الأماكن المزدحمة.

د- توكسوفوبيا Toxophobia الخوف من التسمم والسموم.

هـ- أوجورافوبيا Agoraphobia الخوف من الأماكن المفتوحة.

ز- كولستروفوبيا Claustrophobia الخوف من الأماكن المغلقة[3]

الخوف بعدان:

ا- بعد محسوس.

---

(1) عبد الحليم محمود السيد (مصدر سابق).
(2) يوسف ميخائيل أسعد. ص 109-111 (مصدر سابق)
(3) د مصطفى خليل الشرقاوي. (مصدر سابق).

2- بعد رمزي.

والإنسان أقدر من الحيوان على أن يخاف من الأشياء الرمزية[1].

هناك نوعان من المخاوف:

مخاوف موضوعية: وهي أكثر شيوعاً عند الأطفل مثل الخوف من: الرعد - البرق - رجل الشرطة الأطباء - الحيوانات - الأماكن العالية - الظلام - الخوف من النار، وهذا النوع سرعان ما يزول بنمو الطفل وتعرفه على هذه الموضوعات.

1- المخاوف الذاتية: وهي مخاوف غامضة لا يعرف الفرد أسبابها. لأنها أصبحت في دائرة اللاشعور[2].

الخوف من السحر:

السحر هو استخدام لقوى غيبية لتحقيق المآرب ومن الطبيعي أن يشعر الناس المؤمنون بفاعلية السحر، الخوف الشديد من أن يصيبهم مكروه يحل ضدهم بيد أن السحر لا يحدث نتيجة فعل مقصود في أغلب الأحيان.

الواقع أن خوف البدائيين من السحر يتخذ مجموعة من المظاهر التي نستطيع تلخيصها.

1- مظاهر الاحترام الزائد عن الحد والخشوع الكامل.

2- تقديم الهدايا إلى السلحر وخاصة ما كان متعلقاً بالأماكن.

3- الإنصياع لرغبات السلحر المتباينة بناءً للرغبات الجنسية.

الخوف الغامض والقلق:

نحن نعتقد أن المخاوف الغامضة إذا لم تعالج بسرعة ما إذا لم يكتشف عنها الغطاء فسوف تستحيل إلى عرض نفسي خطير هو القلق.

القلق مجرد ليس مجرد الشعور بالمخاوف الغامضة، بل هو النتيجة السيئة

---

(1) ديوسف ميخائيل أسعد (مصدر سابق).

(2) د خليل ميخائيل (مصدر سابق).

المترتبة على اعتقال تلك المخاوف الغامضة في القوام النفسي للمرء.

الظلام والشعور بالوحدة Nixtophopie:

فالظلام وما يتبعه من خوف وإحساس بالوحشة ليس شراً كله بل أنه عامل جوهري في تجميع القلوب والأجساد وجعل لكل واحد غير متفرق وغير ممزق الأوصال.

الخوف من الدم Haemato-phobia:

أن المصاب بهذا المرض النفسي ينهار نفسياً وقد يغشى عليه إذا ما شاهد الدم يتدفق من جرح وينبغي أن نميز هنا بين الإحساس بالثقة وبين المرض.

الشخص العادي هو الذي يشعر بالشسفقة وهو يرى حيواناً يذبح، ولكن إذا لم يكن هناك خطراً في خلع سن فإن الشخص السوي لا يكاد يحس بالإشفاق من منظر الدم.

الخوف من الماء Hidrorphobia

إذا لاحظت أن أحد الأشخاص يصرخ مستنجداً لمجرد مشاهدته للبحر الهائج وهو واقف على البر فإنك ستدهش من ذلك السلوك العجيب وتأخذ في اتهامه بالجنون.

ومما لا شك فيه أن ذهب المعالج النفسي إلى دراسة ذلك السبب أو الأسباب التي أدت إلى ظهور أعراض الخوف من الماء عند المريض.

وعندئذ يضيف على ما يحمله سلوك المريض من سخف وبهتان فلا يعود يخاف من الماء بعد.

الخوف من الأمراض المعدية Microphobia

كثير من الأمراض المعدية يحملها أناس دون أن يصابوا هم بها؟إننا نخاف من أمراض معدية حتى لا يتحاشانا الناس، وهناك بعض من الأمراض المعدية التي وأن شفى منها المريض فإنها تترك أثراً بعيد المدى في شخصيته. وإننا نخاف منها لأنها تعرضنا للموت أو نعرض أحبائنا لهذا المصير المخيف.

والخوف من الموت شيء معروف وليس بحاجة إلى برهان.

الخوف من أمراض الشيخوخة:

أن الشيخوخة تعني في انظار الآخرين أو الخائفين منها فقدان الشخصية لقوة التأثير في الآخرين أي أنهم يخشون من أن يزاحوا من بؤرة الحياة إلى هامشها.

إن كثير من الناس يخافون من هذر الشيخوخة أو تخريفها أي أنهم يخافون من الجنون، كما أنهم يخافون من ضياع ذكرياتهم.

الخوف من الموت:

نحن نرى الأحياء لم يسبق لنا أن خبرنا الموت، فالموت بالنسبة لنا ليس كالمرض من هنا لأن خوفنا من الموت أشد بكثير من خوفنا من المرض ومن الطبيعي أن يخاف الإنسان من الموت ولكن قد يخرج الخوف من الموت في إطار السوية ليندمج في إطار الجنون.

الخوف من الأشياء:

أعتقد البدائيون أن الأشياء الجامدة أنها هي كائنات حية تدرك وتجيش بالعاطفة وهذا ما يعرف في تاريخ الأنسجة باسم النزعة الحياتية Shimatism والحياتية هي الاعتقاد في أن الأشياء أو ظواهر طبيعية معينة مما يجب أن نعتبرها إشياء غير حية.

معنى الخوف:

الخوف ظاهرة طبيعية وسوية ولا تنم على أي مرض نفسي أو على أي انحراف في الشخصية طالما أن هناك أسباباً معقولة لما يبديه الشخص من مخاوف وطالما أن القدر الذي يبديه من الخوف يتناسب مع حجم المثير للخوف والخوف في حد ذاته ليس شيئاً ردياً يجب القضاء عليه أو يجب الاستغناء عنه تماماً في مجال التربية أو في المجالات الاجتماعية العادية[1].

---

[1] يوسف ميخائيل أسعد – الشباب والتوتر النفسي مكتب غريب 190.

الخوف Fear من أكثر الأعراض النفسية شيوعاً رغم أن الاضطراب الناشئ عنها أقل خطراً وقد لا يخلو أحدنا منها دون أن يعتبر ذلك مرضاً أو انحرافاً.

مثلاً نجد أن الأم تخاف على طفلها أو زوجها المتأخر عن العودة للمنزل أن يكون قد وقع له حادث.[1]

الخوف بأنه دفاع عن الكائن الحي بأكمله وهو ليس خوفاً فقط وإنما هو حذر وتحرز من كل خطر فالخوف إذاً انفعال فطري يتجلى في الهرب من الأخطاء والابتعاد عنها والذي يحلل حالة الخوف وما يتبعها التي تصيب الفرد يجد ما يلي:

1- وقوع الحدث المسبب للخوف.

2- محاولة الهرب منه لحفظ النفس.

3- حالة من الحذر والترقب.

وقد عبر القرآن الكريم عن هذه الحالة أصدق تعبيراً وهو يسرد قصة موسى عليه السلام عندما أراد فرعون،ورهطه قتله فخرج منها خائفاً يتقرب قال (رب نجني من القوم الظالمين) الآية (21) من سورة القصص.[2]

الخوف Fear هو نوع من أنواع الخوف غير المنطقي أو الذي لا مبرر منطقي له والواقع أنه لا يمكن حصر قائمة الأشياء أو المواقف التي تولد الخوف والانزعاج للأشخاص المصابين[3].

الخوف انفعال وأنه على صلة بالعقل والجسد فأنت لا تخاف إلا إذا أدركت وجود خطر يتهدد بقاءك والذي لا يدرك وجود خطر يتهدد بقاءه أما عن جهل أو عن غفلة أو عن عدم انتباه لا يخاف[4].

---

(1) كمال دسوقي - الطب العقلي والنفسي، 227.

(2) سعادة عبد الزبيدي - علم النفس التربوي الرياضي 1994 جامعة قاريونس - بنغازي 160.

(3) مصطفى خليل الشرقاوي - علم الصحة النفسية - النهضة العربية - بيروت 286.

(4) فاخر عاقل - أصول علم النفس وتطبيقاته - 1973 - العلم للملايين - بيروت - 177.

جوانب الخوف:

1- الخوف الحقيقي reality - fear:

هو الذي ينشأ فيما يتعلق بشيء خارجي في البيئة مثل الخوف من وجودنا في مكان مظلم أو موحش.

2- الخوف التروعي impulse - fear:

هو الذي ينشأ داخل الفرد مرتبطاً بالغريزة مثل الخوف من الانهيار والموت بينما نحن في صحة جيدة وهو مالا معنى له في بعض الحالات ومنها ما يشتد في فترات لدى أشخاص معينين يتوهمون في مجرد التعب الجسمي أو الإرهاق العصبي فيقعون في نوبة قلق بالغ ونزع خطير تستمر لبضع دقائق ثم تزول ويصاحب نوبات القلق هذه أعراض جسمية في النبض ومعدل ضربات القلب وصعوبة التنفس والإحساس بالاختناق والغثيان والعرق والضعف المفاجئ.

والفرق بين الخوف الحقيقي والتروعي فارق في النوم وقد يكون داخل الخوف التروعي وحدة فارق في الدرجة وسواء الحقيقي أو التروعي المرتبط بواقع أو المنبعث من النفس يعانيها الشخص العادي من غير أن يكون مرضاً في النفس أو يتحول الخوف إلى خواف Phobia طالما أنهما بدرجة معقولة وحينئذ يظل الخوف لا ضرر منه إن لم يكن نافعاً حيث يفيد بيولوجياً في شحذ الانتباه لسرعة إدراك الخطر وتداركه والخوف سلاح ذو حدين[1].

<u>هناك أنواع مختلفة من المخاوف المرضية منها على سبيل المثال:</u>

1- الخوف من القطط Allurophobia

2- الخوف من الناس Anthrophobia

3- الخوف من البرق Astraphobia

4- الخوف من الرعد Brontophobia

5- الخوف من الكلاب Cynophobia

---

(1) كمال الدسوقي - الطب العقلي والنفسي.

6- الخوف من الجياد — Eguinophobia

7- الخوف من الأرقام — Numerophobia

8- الخوف من الظلام والليل[1] — Nictophobia

أنواع الخوف

1- الخوف من الهجر
2- الخوف من الإبادة
3- الخوف من الخصاء
4- الخوف من النقد
5- الخوف من الطعام
6- الخوف من الحشرات
7- الخوف من الضوضاء
8- الخوف من العقارب
9- الخوف من الثعابين
10 - الخوف من كل ما هو غير مـألوف وغريب
11- خوف الطفل من العدوانية
12- الخوف من تبليل الفراش
13- خوف الطفل مـن أن يكـون طفـلاً بالتبني
14- الخوف من قصص الجن الخرافية
15- الخوف من الظلام
16- الخوف من الاستحكام والبند
17- الخوف من نقص الطعام
18- الخوف من الجنسية المثلية
19- الخوف من فقدان الحب
20- الخوف من فقدان التوازن
21- الخوف من الوحدة "ترك الطفل بمفرده"
22- الخوف من العلاج بالمستشفيات
23-الخوف من المستقبلية
24- الخوف من المكانس الكهربائية
25- الخوف والإحساس بالذنب
26-الخوف من العدوان
27- الخوف من الاستحمام
28- الخوف من المعقدين
29-الخوف من الطلاق

---

(1) عادل أحمد عز الدين الأشول - سيكولوجية الشخصية - 1988 - مكتبة الأنجلو المصرية - مصر - ص 330.

30- الخوف من الإصابة
31- الخوف من الفشل
32- الخوف من الآباء
33- الخوف من النوم
34- الخوف من السخرية(1)
35- الخوف من قطارات الأنفاق
36- الخوف من إظهار الخوف
37- الخوف من الاختبارات والامتحانات
38- الخوف من المحركات الكهربائية
39- المخاوف التي يولده التلفزيون
40- الخوف من الحيوانات
41- الخوف من التغير
42- الخوف من الموت
43- الخوف من الجنس
44- الخوف من الغرباء
45- الخوف من السباحة
46- الخوف من الانفصال
47- المخاوف المتخيلة

عندما يتهدد أمن الشخصية بحيث لا تحتمل وطأة الخوف فإن ميكانزم الكبت يعمل عندئذ عمله وتتساقط المخاوف الزائدة إلى أغوار اللاشعور فالنسبة للوارديين والمدرسين فإن مزيجاً من الخوف ومن الحب يلتف حولهم في داخلية الطفل فهم يمثلون وسائل الضبط والإلجام من جهة وهم مصدر الحنان والتوجيه في الحياة من جهة أخرى فالطفل لا يستطيع أن يناصبهم العداء فليس ثمة إذن من سبيل أمامه سوى كبت مشاعر الخوف إلى أعماقه مع الإبقاء على جانب الحب وهو لا يكون ممثلاً أو منافقاً في حبه يكون صادق المشاعر ذلك أن ما رسمه في أعماقه من مقومات الخوف والكراهية لأولئك الكبار يكون قد خلصه من ذلك التناقض أو قبل يكون أخرجه من الورطة النفسية أو يكون قد حقق له الأمن النفسي الداخلي بعد أن يكون قد تخلص من تناقصه الوجداني[2].

أنواع أخرى للخوف:

أ- أكروفوبيا Acrophobia هو الخوف من الأماكن العالية أو المرتفعة.

(1) يوسف ميخائيل أسعد - الشخصية الناجحة - نهضة مصر - القاهرة - فهرس.
(2) مصطفى خليل الشرقاوي - علم الصحة النفسية - النهضة العربية - بيروت - 286-287.

ب- ميسوفوبيا Misophobia هو الخوف من التلوث.

ج- أكلوفوبيا Oclophobia هو الخوف من الأماكن المزدحمة.

د- توكسوفوبيا Toxophobia هو الخوف من التسمم أو السموم.

هـ- أجورافوبيا Agoraphobia هو الخوف من الأماكن المفتوحة.

و- كلوستروفوبيا Claustrophobia هو الخوف من الأماكن المغلقة.

ز- زوفوبيا Zoophobia هو الخوف من الحيوانات أو من حيوانات معينة.

ح- الفوبوفوبيا Photophobia الخوف هو الخوف بمعنى الخوف من أن يتعرض الإنسان للخوف.

لماذا نخاف ومما نخاف؟

يولد الطفل وهو خلو من الخوف من أي شيء مما يحيط به من أشخاص وأشياء أو مما يسمعه من أصوات أو حركات ولقد يظن البعض أن الصراخ ينبعث من الطفل الوليد كدليل على خوفه من البيئة الجديدة التي انخرط فيها والواقع أن هذا غير صحيح على الإطلاق ويعتقد البعض أن الطفل يولد وهو مجهز غريزياً بالخوف من شيئين أساسيين الشيء الأول هو فقد السند أي الخوف من السقوط إلى أسفل والشيء الثاني الذي يخاف منه الطفل الوليد هو الصوت المرتفع.

نجد في حياة الطفل خلال الطفولة الأولى التي تنتهي في حوالي الخامسة اختلاطاً وتداخلاً بين الانفعالات المتباينة فالشيء الواحد قد يثير خوف الطفل وقد يبعث السرور في أنحائه ونشاهد ذلك التداخل بين الخوف والسرور أيضاً في موقف الأطفال بل والناس عموماً من الوحوش المفترسة بحديقة الحيوان أنهم يشعرون بالفرح لمشاهدتها وذلك لأنهم مقتنعون بأن القضبان الحديدية التي تقف بينها وبينهم توفر لهم الحماية من أسنانها الحادة ومن مخالبها المخيفة.

فنخاف بحيث قد يفهمنا من حولنا بأننا نبالغ في إبداع علامات الخوف من أشياء لا يمكن أن تخيف إلى هذا الحد ولقد نتهم بأننا نتصنع الخوف حتى نلفت أنظار الآخرين إلينا مع إننا نكون صادقين فيما نبديه من خوف وقد نخاف من عذاب

روحي يتربص بنا الدوائر إذا استمرت حياتنا مخالفه لما رسمه الدين مع شرائع إيجابية وشرائع سلبية ولقد يخاف الطفل أو الكبير من أخيه أو من هلوسات يراها أو يسمعها مع أنه لا وجود موضوعياً لها في الخارج بل أن ما يراه أو يسمعه يكون من صنع خيال المريض بمرض الهلوسة ونحن نخاف من الوقع في الخطأ سواء في التفكير أو في التعبير وقد ينتحي الخوف منحى اجتماعياً فنحن نخاف من انتقادات الناس لنا إذا تصرفنا على غير ما يرغب فيه المجتمع من حولنا ونجد إننا نخاف أيضاً على الناس والأشياء فما نحبه نخاف عليه من أذى من يلحق به أو من فساد يتسرب إلى كيانه فليس الخوف هنا منصباً من الأشياء إلينا فنخاف منها بل قد نخاف أيضاً بحرص على بعض الأشياء والناس فالوالدين يخافان على أبنائهما من شر يصيبهم أو من فشل يحيق بهم أو من فساد جسمي أو نفسي أو أخلاقي أو اجتماعي يمسهم من قريب أو بعيد[1].

سيكولوجية الخائف:

من أهم تلك المظاهر الخارجية والتغيرات الداخلية التي تقع للمرء عندما يأخذ به الخوف كل مأخذ:

أولا: ملامح الوجه:

الصفات التي يتصف بها الوجه الخائف فإننا نلاحظ أولاً أن عيني الخائف تتسعان وذلك بانفراج الجفون وابتعادها عن الحدقة وفي نفس الوقت فإن المشاهدة تكون مشتتة ومتنقلة وغير متمركزة على شيء واحد وبالإضافة إلى هذا فإن الحاجبين يرتفعان عن مكانهما الطبيعي كما أن الجبهة ترتد إلى الخلف بحيث تظهر كرمشة فيها كما أن الأسنان تصطك بعضها مع البعض وقد يعض الشخص الخائف لسانه أو السطح الداخلي للخدين أما الشعر فإنه يقف بالفعل.

---

(1) يوسف مخائيل أسعد - المشكلات النفسية حقيقتها وطرق علاجها - نهضة مصر - مصر 85-98.

ثانيا: لون البشرة:

من الملاحظ أن الشخص الخائف يخضع لسلسلة من التغيرات في لون بشرته ففي اللحظات الأولى من وقوع الخوف فإن الدم يتدفق إلى سطح الجلد وبخاصة الوجه ويكون ذلك التدفق مصحوباً بإفراز كمية من العرق وطبيعي أن يكون العرق المتصبب بنفس حرارة الجسم لدى تصببه وعندما يبرد ويسبب انخفاض حرارة الجسم وهذا يسبب في الواقع تحول لون الوجه والجسم بعامة إلى اللون الأصفر بعد اللون الوردي والمرحلة الثالثة من الخوف يشتد من جهة ويستمر فترة طويلة من جهة أخرى فإن لون البشرة والأطراف يستحيل إلى اللون الأزرق المنسوب بالصفرة.

ثالثا: حركات الجسم والأطراف:

إن الخوف الشديد يعمل على تفكك المفاصل وربما يكون ذلك راجعاً إلى الجهد الذي يبذله القلب في نقل الدم إلى سطح الجلد تجد أن الخائف سرعان ما تنهار قواه بحيث لا يستطيع أن يحمل جسمه على رجليه فيرتمي على الأرض جالساً أو نائماً وإن كان الخائف يحمل في يديه ثقلاً ما فإن قبضته عليها تضعف فتسقط الأشياء من بين يديه وتكثر الحركات العشوائية غير الهادفة وتتسم تلك الحركات بالرتابة والنمطية وطبيعي أن يحاول الشخص الخائف الهرب والابتعاد من مصدر الخوف ولكنه يغلب نفسه فيبقى في مكانه عاجزاً عن القرار.

رابعا: صوت الخائف ومدى تحكمه في حنجرته وأحباله الصوتية:

يلاحظ عجزه عن السيطرة على أجهزة النطق لديه فتجد أن ريقه يجف وأنه يصاب بالحبسة وإذا استطاع أن يتكلم فإن صوته يكون مرتعشاً ولا يستقر في طبقة واحدة وفي الحالات الشديدة من الخوف ينطل الكلام ليحل محله الصراخ والنحيب والبكاء بصوت مرتفع.

خامسا: ما يقع من تغيرات بدخيلة جسم الخائف:

تقسم التغيرات إلى ما يلي:

1- تغيرات خاصة بالقلب والدورة الدموية فالقلب يلق بشدة وبسرعة هائلة.

2- شدة التنفس واضطراب حركته وفي بعض الحالات ينعكس الوضع فيكاد التنفس يتوقف تماماً.

3- تدفق هرمون الأدرينالين بشدة في الدم.

4- حدوث نشاط كبير في الجهاز العصبي وبخاصة في بعض مناطق المخ وفي بعض الحالات التي يصل فيها الخوف إلى حد الذعر.

5- حدوث تقلصات عقلية داخلية لا يقف عليها المشاهد من الخارج ولكن ردود فعلها وانعكاساتها تتضح في العضلات الظاهرة للعيان.

الحالة العقلية والوجدانية:

القسمات العقلية لدى الخائف تتحدد فيما يلي:

أولا: فيما يتعلق بالإدراك:

الملاحظ أن الخائف لا يستطيع إدراك جميع ما يصل إلى حواسه من احساسات، إن الإدراك هو الترجمة العقلية لما يصل إلى مراكز الترجمة بالمخ من احساسات عن طريق إحدى الحواس الخمس فمراكز الترجمة الإدراكية بالمخ تضعف أو يبطل عملها إلى حد بعيد في أثناء الشعور بالخوف ولذا فإن الشخص الخائف كثيراً ما يكون عرضة للارتطام بأي شيء يقف في طريقه وهو يهرب من مصدر الخوف.

ثانيا: فيما يتعلق بالتذكر:

إن الخائف لا يكون متمتعا بنفس قوة الذاكرة التي أعتاد أن يتمتع بها وفي بعض الحالات التي يستولي فيها الخوف على بعض الأشخاص فإنهم ينسون أشياء أساسية في حياتهم أو ما يتعلق حتى بأشخاصهم بما في ذلك اسم أقرب الناس إلى الشخص الخائف.

ثالثا: فيما يتعلق بترتيب الأفكار ومنطقية التفكير:

فالشخص الخائف لا يتسنى له أن يرتب أفكاره أو أن يراعي المنطق في النسق الفكري الذي يتبعه وتجد الخائف قد نكص إلى مستوى منحط من التفكير وبما يكون في مستوى تفكيره أيام كان طفلاً وطبيعي أن تكون كلمات مبعثرة بلا

نسق ينتظمها أما عن القسمات الوجدانية التي يتسم بها الشخص الخائف:

1- من حيث تبلور الوجدانيات حول الأشياء والأشخاص.

2- من حيث التقلب العاطفي.

3- التذبذب فيما بين الخوف والغضب.

4- الأحلام وأحلام اليقظة.

5- التشنجات الانفعالية وما قد يعتور المرء من جنون مؤقت أو دائم.

إرادة الخائف:

تحدد الملامح الرئيسية التي تميز بها إرادة الشخص الخائف:

أولا: من حيث قوة الإرادة:

الواقع أن الخوف يعمل على إضعاف إرادة الخائف وهنا يجب أن نميز بين نوعين من المنجزات النوع الأول هو النوع الرتيب أو الروتيني أو النمطي الخالي من الابتكار أما النوع الثاني فهو النوع الابتكاري الإبداعي وما نقصده بالنقص في الإنجاز في هذا النوع الثاني فالشخص الخائف لا يستطيع أن يبدع وأن أبدع فإن إبداعه يكون قليلاً جداً إذا بما قيس به يبدعه وهو مطمئن غير خائف.

ثانيا: من حيث نوعية الأداء أو الإنجاز:

الخوف لا يحفز المرء على الإبداع بل إنه يعطل القدرات الإبداعية لديه نجد أن الحوافز والمكافآت المادية والأدبية تشجع على الابتكار وتشيع الطمأنينة والثقة.

ثالثا: من حيث طول النفس والمواصلة:

فالخوف لا يسمح بطول النفس في الإنجاز كما أنه لا يسمح بالمواصلة والمواظبة على أداء العمل وما قد يبدو من نفس طويل أو من انتظام على العمل إنما يكون بغير رصيد داخلي فالمحك الرئيسي الذي يجب أن نأخذه في اعتبارنا هو الباعث الداخلي والنشاط الصادر عن رغبة صادقة وحب قلبي للإنجاز وما يحيط به من ظروف وأجواء.

رابعا: من حيث العلاقات الاجتماعية بين رفقاء العمل أو بين العامل والجمهور:

فالشخص الخائف يكون في حالة توجس وترقب وحرص لدى التعامل مع غيره من رفقاء العمل ومن الملاحظ أيضاً أن الشخص الخائف يكون في حالة من الاستئساد والصرامة الشديدة مع من هم أضعف منه وإذا كان الشخص الخائف متمتعاً بالسلطة وفي يده الحل والربط فإنه ينحو إلى إذلال كل من لهم مصلحة عنده.

خامسا: من حيث مدى تفهم غرضية العمل والأهداف القريبة والبعيدة له:

فالواقع أن الشخص الخائف يركز فكرة على الأداء دون أن يفهم ما يرمي إليه ذلك من أهداف والملامح الرئيسية التي يتميز بها الشخص الخائف:

1- الإرادة العاجزة.

2- الإرادة المشلولة.

3- الإرادة المتحورة.

4- الإرادة المتذبذبة.

5- الإرادة المتضاربة.

التعبير عن الخوف:

هناك في الواقع مجموعتين من التعبيرات التي يستخدمها الخائف ليعبر بها عما يعتمل في دخيلته من مخاوف.

أولا: وسائل التعبير الشعوري الإرادي عن المخاوف على النحو التالي:

أ- التعبير باللسان أو بالقلم كطلب للنجدة.

والواقع أن التاريخ الفردي المسجل عن تاريخ حياة الأبطال وكذا تاريخ الدول إنما يشير إلى أن الخوف عندما يعتمل في قلوب الأفراد والجماعات فإن طلب النجدة باللسان أو بالقلم فهذا يشكل واحدة من أهم وسائل الإرادية عن الخوف المعتمل بالقلوب.

2- التعبير عن الخوف بالحركة والبعد عن مصدر الخوف:

فالشخص قد يخطط للتخلص من مصدر الخوف الذي يهدد أمنه وذلك بالبعد المكاني عن ذلك المصدر ذلك أن بعض الأخطار لا تكون مباغته ومفاجئة بل تكون مستمرة أو متوقعة.

3- التعبير عن الخوف بالإقناع:

فلقد يكون مصدر الخوف متمثلاً في شخص ما يكون صاحب حق أو واهم أنه صاحب حق.

4- الاستعطاف ومحاولة تليين القلب وصرف الغضب:

هذا النوع من التعبير شبيه بالنوع السابق بيد أن ما يستهدفه الشخص هنا ليس الإقناع بقصد الوصول إلى حل وسط يرضي الطرفين بل أن يستهدفه الشخص هنا هو مخاطبة القلب وتأثر في الوجدان.

5- التعبير بالتحدي.

ثانيا: وسائل التعبير اللاشعورية عما قد يساور المرء من مخاوف:

1- وسائل التعبير الفني التشكيلي:

فالفنان التشكيلي في أثناء انخراطه في عمله الفني فإنه يعبر عن غير قصد من جانبه عما يعانيه آنيا من الشعور بالخوف أو عما يكون قد كبته في شعوره من مخاوف منذ عهد بعيد في مراحل نموه بدءًا من الطفولة الباكرة.

2- ما يصوغه الأديب من نثر أ شعر:

فالأديب في نثره أو شعر. يجد أن قلمه قد أخذ يعبر بصراحة أو بشكل رمزي عما ساوره أو يساور. من مخاوف.

3- الواقع أن م يخرج على لسان أو قلم الأديب من ألفاظ تنم على الخوف إنما تدخل على ما يعتمل لديه من عملية لا شعورية يطلق عليها اسم ميكانزم الإسقاط Projection.

4- التمثيل: إن ما تحمله الشخصية التي يمثلها الممثل من مخاوف يقوم الممثل بالتعبير عنها إنما يكون في نفس الوقت معبراً بشكل غير مباشر بل وبشكل لا شعوري عن مخاوفه الشخصية.

5- الرغبة في الانتماء إلى المجموعة:

فالإنسان بطبيعته يخشى من الانعزال بعيداً عن الصحبة ومن هنا فإنه يرغب إلى أن يكون عضواً في جماعة ينتمي إليها ذلك أن الرغبة في الانتماء هي في نفي الوقت رغبة لا شعورية في التعبير عن الخوف المعتمل في النفس[1].

أهمية الخوف في حياتنا:

إن الإنسان قد جهز بمجموعة من الغرائز أو اللدوافع الفطرية التي تكفل له الحماية والبقاء إلى أطول مدة ممكنة ولسنا نشك أيضاً أن الخوف يلعب دوراً هائلاً في المحافظة على الأنواع العليا في الكائنات الحية إذا أنه يعمل على النأي بها من مواطن الخطر ويضمن لها السلامة من الأخطار المحدقة ومن العوامل المؤذية.

والواقع أن الخوف قد أخذ يصعد من مستوى الأشياء المحسوسة إلى مستوى الأشياء المعقولة أو المعنوية وهكذا صار الإنسان من أشياء كثيرة ليس لها وجود حسي مباشر ويستعين الدين بالخوف باعتبار أنه وسيلة ذات فاعلية في تقريب الإنسان من الله وإلزامه باتباع الوصايا الدينية ويلعب الخوف دوراً كبيراً من الناحية الاقتصادية من حياة الناس فثمة خوف فقدان مقومات البقاء البيولوجي ومن أهمها الغذاء والكساء والنوم فمن أخطر المخاوف التي يرتعد منها الإنسان ويخشى أن تهدده المجاعة أو التعرض للعرى تحت وطأة الحر والبرد والواقع أن الإنسان الحضاري صار يخاف من المستقبل أكثر من خوفه من الحاضر فتجد أن التلميذ يذاكر خوف أن يرسب في الامتحان الذي يعقد في آخر العام الدراسي ولقد تجد العلماء يخشون من الوقوع في الخطأ أو من التخلف عن الركب فيما يتعلق بأحداث ما توصل إليه أترابهم من العلماء في مواد تخصصهم من كشوف علمية أو نظريات سديدة والواقع أن الخوف الغريزي المعتمل في قلوب الأباء والأمهات على أبنائهم لما يدفع بهم إلى حمايتهم من الأخطار ومن الأمراض التي تصيبهم أو من الإخفاق الذي ينشب بأظافره في مستقبلهم[2]

---

[1] يوسف ميخائيل – سيكولوجية الخوف – نهضة مصر – القاهرة – ص258

[2] يوسف ميخائيل أسعد – سيكولوجية الخوف – نهضة مصر – القاهرة، ص258.

الخوف المرضي Phobia:

هو أحد التقسيمات الستة الفرعية لفئة من الاضطرابات العقلية تسمى بالعصاب النفسي وتصنف حالياً في الطب النفسي تحت الاستجابة الخوفية المرضية والاستجابة الخوفية ذات عنصرين أحدهما سلوك المريض الذي يمكنه إذا لم يكن أمامه عائق من تجنب الشيء الذي يسبب له القلق والثاني هو عادة تختبيء بشكل جيد هو استجابة فيها تجنب لألم داخلي هذا الألم هم ينتشر في داخل الجسم يربط بين التوتر ولكل خوف اسمه الخاص به فأي قاموس طبي قد يذكر ما يزيد على 300 اسم لهذه المخاوف وهناك الخوف من القاذورات Mjsophobia والخوف من الأماكن المغلقة Claustrophobia والخوف من الأماكن المفتوحةAgoraphobia ويقال أن الخوف من النار Pyrophobia والخوف من الحيوانات Zoophobia قد يكون له صلة ما بكفاح الإنسان الطبيعي للبقاء كما يقال أن الخوف من الأشياء الصغيرة Micyro phobia أو الخوف من المرض Pathophobia يكون لها علاقة بالبقاء في الحضارة المعاصرة كالخوف من الرقم 13 قد يكون شكلاً معاصراً للخوف البدائي من تعدي الحدود المحرمة[1].

تنسجم المخاوف المرضية أشياء لا يخاف منها الكبار الأسوياء أو يخافون منها بدرجة معقولة ومرهونة بظروفها فالعاديون من الناس يهابون الظلام ويتحاشون مواجهة الحيوان المفترس إن لم يتلذذ البعض ويستمتع بالظلام وصيد الحيوانات وقتل الحشرات مثلاً وصف هيلين دويتش المصابين بخوف الأمـ .ن المتسعة أنهم أفراد ينمون حالات قلق شديد إذا تركوا وحدهم في الخلاء مظاهره إسرا_ في النبض ودقات القلب والرعشة والشعور خصوصاً بأنهم على وشك أن ينهاروا Collapse فقلقهم قلق حياة أو موت live - or - die بالمعنى الحقيقي وكثيراً ما يرتكز القلق في حالات الخواف من هذا النوع حول حوادث السيارات والقطارات وكثيراً ما يتشبث المصابون بالمخاوف المرضية بصحبة Compang شخص معين بالذات مثل الأم أو الأب ونجد غيرهم أقل تشبث بالشخص المعين تكون المسألة مجرد حاجة المريض التي

---

(1) سعد جلال - الصحة العقلية - 1986 - الفكر العربي - القاهرة - ص162.

تلمس العون حال الاحتياج إليه وفي حالات أخرى قد لا يكون لنوع المرافق Companion أهمية كبيرة يميز فرويد بين تسلط الأفكار من ناحية والمخاوف المرضية من ناحية أخرى أن الفرق الأساسي بينهما هو أن المركبات التي تتكون منها أية فكرة متسلطة هي:

1- تسلط فكرة تفرض نفسها على المريض.

2-حالة انفعالية ترتبط بها.

ويقول فرويد بإمكان تقسيم المخاوف إلى قسمين كبيرين:

1- مخاوف عامة هي عبارة عن خوف مبالغ فيه من كافة هذه الأشياء التي يكرهها الناس جميعاً ويهابونها إلى حد ما مثل الظلام، الوحدة، الموت، المرض، الثعابين.

2- مخاوف نوعية هي خوف أشياء خاصة لا تبعث الخوف في نفس الشخص السوي مثل الخوف من الأماكن المتسعة، وبعض وسائل النقل، الخوف من الأماكن الضيقة.

مع تسلط فكرة عدم الاقتراب من أي شيء يخصه كحالة الشاب وهو موظف بمصلحة المركبات بالسكة الحديدية الذي يسكن مع زميل له مات والده بالسل والزميل غير مصاب لكنه هجر السكن معه وقاطعه لا يراه أو يكلمه ويظل طوال وقت العمل بالمكتب واقفاً لا يقبل الجلوس على كرسيه وكانت حالة الشاب الممزوج بالخوف بالغة السوء في نفسه[1]

ومن الحالات المألوفة رؤية امرأة مثلاً تخاف خوفاً مرضياً من القطط حتى ولو كانت صغيرة وقد تهرب مسرعة إذا شاهدت قطة في الطريق ولا تدخل بيتاً تعلم أن فيه قطة هذه المخاوف غير منطقية غالباً ما تفسر في ضوء الخبرات غير المرضية التي عاناها الفرد في طفولته الأولى تجاه نوع الشيء الذي يخافه أو تفسر في بعض الصراعات الشخصية أو ألوان القلق التي تفسر عن نفسها في صورة نوع من الخوف[2].

---

(1) كمل دسوقي، الطب العقلي النفسي، ص227.

(2) مصطفى خليل الشرقاوي، علم الصحة النفسية، النهضة العربية، بيروت، 287.

مخاوف المرضية الدينية

فالخائف خوفاً مرضياً قد يجد الموضوع الذي يركز فيه خوفه المرضي في كائنات روحانية وثمة بعض المرضى بالخوف المرضي يركزون خوفهم في الكائنات الروحانية المقدسة وعلى رأسها الخالق نفسه وثمة البعض الآخر من المرضى بالخوف المرضي يركزون خوفهم في كائنات روحانية شريرة كالشياطين والجن وأرواح الموتى ومن الطبيعي أن يخاف الإنسان العادي من كلا النوعين من الكائنات الروحانية طالما أنه مؤمن بوجودها ولكن الخوف المرضي يبالغ في إبداء مخاوف من تلك الكائنات الحية بل أنه يكاد يقضي كل الوقت في ترقب لما عسى أن توقعه عليه تلك الكائنات من أضرار وما يمكن أن تبتليه من مصائب ونوائب[1].

وتمضي الحياة بالفرد ويبقى الخوف كامناً في أعماق نفسه وإن اختلف موضوعه وهدفه فالشاب يخشى الفضيحة ويعمل جيداً ليحافظ على مكانته الاجتماعية في البيئة التي يعيش فيها ويراوده أحياناً الشعور بالذنب وقد يؤدي به هذا الخوف إلى التوبة[2].

مخاوف الأطفال:

نلاحظ أن الطفل يولد مزوداً بقدرة كامنة على الانفعال بما في ذلك الخوف لكن نمو الفرد انفعالياً يتوقف قطعاً على التفاعل الذي يتم بين عمليات النضج الجسدي والعقلي وعمليات التعلم من المحيط ولقد كان علماء النفس الأوائل يعتقدون أن الطفل يولد مزوداً بغريزة الخوف غير أن علماء النفس المعاصرين أميل إلى الاعتقاد بأن الطفل يولد بقدرة عامة كامنة وغير متميزة على الانفعال وأن هذا التميز في الانفعالات إنما يتم عن طريق النمو المردود إلى تفاعل الطفل العضوي مع المحيط أي تفاعل وراثة الطفل بعوامل البيئة فإن خوف الطفل يكون موسوماً دوماً بآثار الحضارة التي نشأ فيها أثار خبرته الفردية إن طفلاً يعيش في محيط لا يخشى الحية مثلاً ينمو وهو لا يخشاها أما الطفلة التي تسمع صراخ أمها حين ترى فأراً فإنها

---

(1) يوسف ميخائيل أسعد - سيكولوجية الشك - 1983 مكتبة غريب - مصر 210-211.

(2) عدنان الشريف، علم النفس القرآني 1987، العلم للملايين، بيروت، ص134.

ستكبر لتخاف الفأر يجب الإقلاع عن استثارة خيال الطفل بمخاوف وهمية لا لـزوم لها مثل العفاريت والأغوال والأشباح وما إليها فإنه من واجبنا أن نذكر بـأن بعـض الأطفال بطبيعتهم ولأسباب كثيرة جسدية ونفسية أقرب إلى استشعار الخوف أسـرع من بعضهم الآخر ومثل هؤلاء الأطفال بحاجة لانتباه خـاص ومثابر وعلـى أن كـثرة الأطفال تخاف الظلام والوحدة وبعض أنواع الحيوانات وسـواها ولا ينفـع أبـداً أن ندفع الطفل إلى مثل هذه المواقـف ونكرهـه عليـها اعتقـاداً منـا بـأن هـذه الطريقـة الوحيدة لتخلصه من مخاوفه ذلك بأن بعض الأطفال في مثل هـذه الأحـوال ينقلـب خوفهم من سوي إلى مرضي[1].

إن العقوبة والنقد والكبت هي المقومات الشائعة في تربية الطفل فـإن جميـع الأطفال الذين يعاملون على هذا النحو يصابون بالتشوه النفسي فيصبـح الفـت في عضدهم والإحساس السلبي والخوف والإحساس بـالنقص هـي المقومـات العقليـة لديهم وفيما يتعلق بالخوف الناشئ عن النقص في الخبرة يجب أن نعلم أنه لا يمكـن حل جميع المواقف التي هـي مـن هـذا النـوع علـى نحـو مـرض عـن طريـق ممارسـة العمل[2].

استثارة الغريزة تتعدد عن طريق الترابط بنوعيـه وهمـا الـترابط بالاقـتران والترابط بالتشابه ومن أمثلة الترابط بالاقتران ما ذكرناه من اقتران المعلم بـالضرب في ذهن الطفل ومن أمثلة الترابط بالتشابه خوف الطفل من كـل شـخص يرتـدي كسوة رسمية سواء كان من رجال المطافئ أو البريد أو غير ذلك لأنه سبق له أن خاف من شرطي وهناك مثال آخر لطفل خاف عند رؤية رجل أسود لأنه كان يخاف الظـلام وصرخ فعلاً بأنه يخاف الرجل الأسود لأنه خرج له من الظلام[3].

تناضل كل الكائنات الحية من أجل البقاء ويعد انفعـال الخـوف واحـداً مـن

(1) فاخر عاقل – أصول علم النفس وتطبيقاتـه – 1977، دار العلـم للملايـين، بـيروت، ص 177–185.

(2) يوسف ميخائيل أسعد – شخصيتك بين يديك – نهضة مصر – ص 140–141.

(3) عبد العزيز القوصي – أسس الصحة النفسية – 1993 – النهضـة المصريـة – مصـر – ص84–315.

أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات في البشر والحيوانات على حد سواء أما الخوف الأعظم والفزع الأكبر فهو الخوف من الموت فكل الكائنات الحية تبدي رد فعل ينطوي على الخوف إزاء التهديدات المواجهة إلى حياتها[1].

هناك علاقة ارتباطية موجبة بين المخاوف الواقعية والذكاء فالأطفال الأذكياء يدركون الأخطاء الممكنة أسرع وأفضل مما يدركها الأطفال البلداء وإذ يكبرون فإنهم يتغلبون على مخاوفهم غير عقلانية أسرع من الأطفال الذين يقلون عنهم ذكاء.[2]

مخاوف الكبار:

عندما يصل النمو بالفرد إلى مرحلة الرشد فإنه يكون قد تغلب على أكثر مخاوفه التي كانت تهدد حياته الانفعالية في طفولته ومراهقته وعندما يضعف جسم الفرد في منتصف العمر وبدء الشيخوخة فإن ينطوي على ألوان جديدة من الخوف لم يألفها من قبل يخاف من الشيخوخة نفسها وما تحمله من مرارة وخوفه من الشيخوخة هو خوفه من اقتراب النهاية وكثيراً ما يراوده الخوف الشديد من الموت ويؤدي به هذا الخوف على الهرب من كل حديث أو حوار أو تفكير يدور حول هذا الموضوع وينتهي به الأمر إلى الخوف من التقاعد وهكذا تزداد مخاوف الكبار ونتيجة لإحساسهم بضعفهم الجسماني ونقصان دخلهم وهبوط مكانتهم الاجتماعية[3].

العلاج:

الإيمان بالله والتعود منذ الصغر علي الصلاة ويشرح له معنى كلمة "الله أكبر" وبأنه أكبر وأقوى من أي شيء يخوفه سواء كان حقيقة أو وهماً في ذهنه وكيف أن طاعة الله والصلاة تنجيه وتحميه من كل ما يخيف هذه الكلمات "الله أكبر" ، "سلام قولاً من رب رحيم" هذه الكلمات هي السحر العجيب لكل ما كان يعانيه من أثر الخوف من اضطراب ورجفة واصفرار في الوجه وتسارع في

---

(1) عبد العزيز القوصي - مخاوف الأطفال - 1991 - الأنجلو المصرية - مصر - ص19.

(2) عبد العزيز القوصي - مخاوف الأطفال - 1991 - الأنجلو المصرية - مصر - ص19.

(3) فؤاد البهي السيد - الأسس النفسية للنمو - 1974 - الفكر العربي، مصر، ص444-445.

ضربات القلب ولا شفاء لها إلا بوجود جو عائلي إيماني صحيح[1].

"اللهم إني أسألك نفساً بك مطمئنة تؤمن بلقائك وترضى بقضائك وتقنع بعطائك"، ومن أهم القواعد التي يجب توكيدها أن الخوف ينتقل بالإيحاء والمشاركة الوجدانية ولنتذكر أن إيحاء السلوك أقوى من إيحاء الألفاظ فإذا أردت لأطفالك ألا يخافوا الدواء مثلاً فلا معنى لأن تظهر علامات التألم وأنت تأخذ الدواء أو في الوقت الذي تعطي فيه الطفل الدواء ثم تطلب منه التجلد إزاءه فعليك أولاً لا تخاف هذه الأشياء وإن كنت تخافها فلترض نفسك على تحملها وإذا استحال عليك ذلك فاستر خوفك عن أطفالك ومن الوسائل السهلة التطبيق التشجيع فتعطي مثلاً طفلاً شجاعاً دواء تحت تأثير التشجيع أيضاً وبالتكرار تجد أن هذه الأشياء تنفر بسرعة وسهولة وعلنيا أن نتذكر في مثل هذه المواقف ما يحسه الأطفال من نشوة عند القلب على الخوف[2].

وليس من شك في أن وظيفة التربية الوجدانية السلبية هي توظيف الخوف في حياة الطفل بحيث يكون الشعور بالخوف مساعداً له على تحقيق التوافق السليم للبيئة الطبيعية والبيئة الاجتماعية بل وللحفاظ على نفسه جسمياً ومعنوياً. وبتعبير آخر فإن المربي الذي يجعل غاية في تربيته يحاول تحقيقها في حياة الأطفال إنما يشكل بذلك من نفسه معول هدم للسلامة النفسية وللصحة الوجدانية للأطفال الذين يقوم برعايتهم[3].

واجب الأبوين خاصة والأهل عامة وكذلك المجتمع في تجنب الطفل المخاوف التي لا لزوم لها ولا مبرر فليخف الطفل الله وليخف إيذاء النساء وليخف ارتكاب الإثم وليكن خوفه طبيعياً سوياً لا مبالغ فيه أما المخاوف المرضية المخاوف التي تنقص العيش وتعيق عملية التكيف وتحول بين الإنسان والحياة العادية السوية فقد يفيد منها أحياناً.

---

(1) عدنان الشريف، علم النفس القرآني، 1987، دار العلم للملايين، لبنان، ص134-135،

(2) عبد العزيز القوصي - أسس الصحة النفسية - 1993، النهضة المصرية، مصر، ص84-315.

(3) يوسف ميخائيل أسعد، رعاية الطفولة، نهضة مصر، ص211.

1- العلاج الجسدي:

ذلك أن صاحب البنية الضعيفة والأعصاب الهشة والمريض هو أقرب إلى الخوف من غيره من الأسوياء وقد يكون حينئذ دواء مقوياً واستعادة للصحة والنظرة المتفائلة للحياة.

2- ضبط الخيال:

إن الخوف يتحكم في الإنسان بواسطة الخيال والوهم إن الوهم هو الذي يخضعنا لتأثير الأشباح والطيوف والعفاريت ولذلك كان من واجب المربي أن يعود الطفل ضبط خياله دون القضاء عليه

3- العادة:

وسيلة هامة من وسائل القضاء على المخاوف ذلك بأن تعويد الطفل السير في الظلام ومواجهة الأمور التي تخيفه هي الطريقة الوحيدة التي تخلصه من مخاوفه.

4- الإيحاء:

الإيحاء الذاتي Auto-suggestion:

هو من أهم أنواع العلاج وينحصر في أن يكرر الخائف القول لنفسه بأن لا يخاف وأنه شجاع وأن يتصرف تصرف الشجاع ويتخذ مواقفهم وأوضاعهم الجسدية والنفسية على حد سواء.

5- المعرفة:

وسيلة أساسية وهامة وهي تعريف الطفل بموضوع خوفه ومساعدته على أن يراه على حقيقته ولا شك في أن حسن المحاكمة وصحة الإدراك واللجوء إلى العلم وتعويد الطفل ضبط النفس أسس هامة لكل وقاية وكل علاج[1].

أما العلاج النفسي فهو تربية علاجية فيها يسعى المعالج لمساعدة المريض على

---

(1) فاخر عاقل – أصول علم النفس وتطبيقاته، 1973، دار العلم للملايين، بيروت، ص177-185.

أن يكتشف في تاريخ حياته المواقف التي أدت إلى مخاوفه أو أشياء ترمز لما يبعث على الخوف فإذا ما اكتشف الفرد سبب مخاوفه يجب تشجيعه على ممارسة حياته بشكل طبيعي والعلاج النفسي في كثير من الحالات طويل فرويدياً والجلسات في الحالات الخفيفة ما بين 25، 100ساعة[1]

والذي يهمنا نحن هو أن نشير إلى الطرائق العديدة المستعملة في القضاء على المخاوف والتي يمكن أن تشير إلى بعضها فيما يلي:

1- تعليم الفرد بعض المهارات التي تمكنه من مواجهة الأوضاع التي تخيفه حين تقوم مثل هذه الأوضاع.

2- إتاحة الفرصة للفرد لألفة الأمر أو الوضع المخيف.

3- عمل الفرد على مشاهدة الأشخاص الذين لا يخافون من الأمور التي يخاف هو منها.

4- القرن المباشر للأفعال المنعكسة الأشراطية المباشرة.

والجدير بالذكر أن بعض هذه الطرائق مفيد أكثر من البعض الأخر في بعض الأحوال في حين أن بعضها الآخر مفيد في أحوال أخرى[2]

ومن علماء النفس من يعتبرون أن الخجل هو نوع خفيف من أنواع الخوف فعندما نخجل فإننا نكون قد عبرنا عن خوفنا من شيء أو من موقف أو من سلوك ولكن بطريقة مخففة أن هناك علامات فسيولوجية مشتركة بين الخوف وبين الخجل ففي الخوف يحمر الوجه ويتصبب العرق وتزيد دقات القلب ويرتفع ضغط الدم ويحدث ارتباك في السلوك العادي[3]

وفي سورة قريش يقول تعالى [لإيلاف قريش إيلافهم رحلة الشتاء والصيف فليعبد رب هذا البيت الذي أطعمهم من جوع وآمنهم من خوف] .

إذا أردنا أن نعلم إنساناً عدم الخوف أو بتعبير أفضل تعليمه الشجاعة فعلينا

---

(1) سعد جلال، الصحة العقلية، 1968، الفكر العربي، القاهرة، ص163.

(2) فاخر عاقل، علم النفس 1991، دار العلم للملايين، بيروت،ص 379.

(3) يوسف ميخائيل أسعد، رعاية الطفولة، نهضة مصر،ص211.

أن نحدد العناصر التي يخشاها في المواقف وبعد ذلك علينا أن نبدأ في تدريبه على الألفة بها واعتبار مشاهدتها أو سماعها وهناك بعض المجندين الجدد يخافون من صوت المدافع ولكنهم ما يفتأون بعد فترة وجيزة من تجنيدهم أن يألفوا الاستمتاع إلى أصوات المفرقعات[1]

---

(1) يوسف ميخائيل أسعد، الشباب والتوتر النفسي، مكتبة غريب، مصر، ص190.

السكوباتية PSYCHOPTH

تتكون لفظية سيكوباتي من مقطعين هما سيكو PSYCHO ومعناهـا نفـس، وكلمة PATH ومعناها شـخص مصاب بـداء معين، كالمصـاب بمـرض عصـبي، أو عصابي، وتشير إلى انحراف السلوك، والانخراط في السلوك المضاد للمجتمع والخارج عن قيمه ومعاييره ومثله العليا، وقواعده.

- تعريف الشخصية السيكوباتية:

تعرف بأنها الشخصية المعتلة نفسياً "وتتسم بعدم النضج الانفعالي لنشـأتها في بيوت باردة انفعالياً"، بسبب التدليل المفرط، بحيث لا يتعلم الفـرد مـن طفولتـه قمع رغباته.

صفات الشخص السيكوباتي:

يمتاز السيكوباتي بالجاذبية والظرف، ولا يستفيد مـن العـلاج أو مـن التعلـم ولا يشعر بالذنب أو الخجل وهو سطحي الانفعال[1].

(وعلى الرغم من أن الانبساطي يري نفسه من خـلال الواقـع الخـارجي فـإن رؤيتـه لنفسـه لا تكـون متكافئـة مـع سـلوكه في الواقـع الخـارجي، فلقـد يضخـم الانبسـاطي صورة عـن نفسـه وعـن قدراتـه الحقيقيـة فيسـلك علـى هـذا الأسـاس "محتقراً" الواقع أو معتبراً" نفسه كائناً" متميزاً" من ذلك الواقـع، وأرفـع مقامـاً" منه، ومن ثم فإن الانبساطي في هذه الحالة التي تسمى السيكوباتية يفقد القدرة على التوافق الاجتماعي لا عجزاً" و"إحساساً" بالقصور والضعف والتخـاذل بـل لأنـه يرى نفسه أرفـع شـأنا" وأقـوى شـكيمه وأميـز وضعـاً مـن جميـع النـاس المحيطـين بـه.ويتواكـب مـع هـذا الشـعور بتضخـم إحسـاس الشـخصية باحتقـار الآخريـن والكراهية الشديدة لهم والحنق عليهم والرغبة في الانتقام منهم.

---

(1) د عبـد الرحمـن محمـد العيسـوي، باثولوجيـا النفـس (دراسـة في الاضطرابـات العقليـة والنفسية) 1990-دار الفكر الجامعي الإسكندرية، ص 340- 341.

والسيكوباتي لا يعترف بالنظم الاجتماعية. فهو لا يعترف بالأسرة ولا بالملكية الشخصية ولا بالمحرمات فهو يغش المحارم وينتقل من ممارسة جنسية إلى أخرى. وكذلك فإن الشخص بسوء التكيف لا ينظر إلى أفراد الجنس الآخر إلا باعتبارهن أدوات يلتذ بها ولكن التذاذه جنسياً" بالاعتداء عليهن وقسرهن على الرضوخ له لا يوصله إلى حالة من الحب الراسخ والمتبلور حول واحدة بالذات، بل يحس باحتقار متزايد ومطرد للجنس الآخر ويحمله احتقاره على اقتراف الجرائم سواء بالقتل أو بالتشويه أم بالتعذيب النفسي والجسدي على السواء.

وعلينا أن نميز بين المجرم السيكوباتي والمجرم العاقل بأن السيكوباتي يكون شخصية مشتتة الوجدان أو قل أن وجدان السيوكوماتي لا يكون متبلور حول موضوعات معينة، وقد يبكي السيكوباتي أو يقسم ولكن لا يعرف بما يعتمل في أغوار شخصيته التي لا تعرف إلى الندم سبيلاً"[1].

الشخصية السيكوباتية:

صاحب هذه الشخصية للتعريف الفني شخص لم ينم ضميره الخلقي منذ الصغر نمواً كافيا، بسبب انعدام العناية الوالديه، ولم يمتص القيم الخلقية والروحية، لم يتلق من الآبله الأوامر والنواهي التي تكون ضميره الخلقي فيما بعد إذ المعروف أن الضمير هو بديل الأب والأم. وصاحب هذا الضمير الضعيف، عندما يشتد عوده تراه يؤذي وينتقم ويحطم ويدمر غيره دون أن يشعر بأي ذنب، بل قد يجد لذة في ذلك، وقد يسرق أو يقتل ويقال في وصفه أنه (يذبح ويضحك) بعيداً عن عدم شعوره بالذنب على ضحاياه مهما كانوا من الشيوخ أو المرضى أو الضعفاء.

السايكوباتي يعيش على حساب الآخرين، يمتص دماءهم، ويسعد ليشقى الآخرين. يتهرب من المسئولية ويشتغل الغير لصالحه ويدوس ويوقع بين الناس ويسخرهم لخدمة أغراضه، ولا يفيد من التجارب أو الخبرات السابقة بل أنه لا يستفيد حتى من العقاب الذي يوقع عليه. والشخصية السيكوباتية لا تصلح معها أساليب العلاج النفسي، بل أن معالجين يعزفون عن علاجها لأنها تؤذي اليد التي

(1) د. يوسف ميخائيل سعد - سيكولوجيات - دار مصدر - ص211-212.

تتقدم لمساعدتها لأن صاحبها يؤمن بالخيانة والانتصار فوق أشلاء الضحايا، والسيكوباتية لا تؤثر في ذكاء صاحبها فيظل على مستواه من الذكاء[1].

مشكلات التعلم عند الأطفال:

EDUCATINAL PRO BLEMS IN CHIDREN وهي تصنف إلى:

1- الفشل الدراسي SCHOLASTIC FAILURE:

وينقسم إلى صنفين فشل دراسي أولي وهي منذ بداية التعلم وفشل دراسي ثانوي وهو فشل في الدراسة بعد فترة موفقة من المهارة في الكتابة والقراءة والحساب.

الاضطرابات الانفعالية والعصابية في الطفولة:

EMOTINAL AND NEVROTIE DISORDERSIN CHILDHOOD

الاضطرابات الانفعالية: هي التغيرات العاطفية غير المحدودة التي لا ينطبق عليها وصف العصاب أو الذهان مثل الخجل والحزن والابتهاج والقلق والخوف.

الأمراض العصابية: وهي عموماً قليلة الحدوث بين الأطفال وتأخذ صوراً سريرية تختلف قليلاً عن الأمراض العصابية عند الراشدين[2].

الأمراض الذهانية في الطفولة:

PSYCHOSES IN CHILDREN

وتعرف بأنها الحالة مرضية تفقد الطفل الاحتكاك بالواقع وينطوي على الناس من انفعالاته وذاته وتؤدي إلى التدهور الخطير في نمو الشخصية:

وتصنف إلى:

1- ذهان الطفولة المبكرة أو متلازمة الانطواء الطفلي.

2- ذهان الطفولة المتأخرة أو فصام الطفولة.

---

(1) عبد الرحمن العيسوي - أمراض العصر (الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية) 1990 - دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ص 407-408.

(2) مبادئ الطب النفسي، حلمي أحمد حامد، الطبعة الأولى، سنة 1991 ص 209.

3- ذهان وجداني.

4- ذهان عضوي.

مرض الصرع في الطفولة:

الصرع عند الأطفال يختلف عن صرع الراشدين من الآتي:

1- صرع الأطفال غالباً ما يكون ذاتي الأصل LDI OPA THIC الصـرع العرضـي نـادر في الطفولـة وأسـبابه نقـص السـكر والكالسيوم في الـدم والحميـات FEBRILE CONVULSIN وأمراض المخ[1]

2- أنواع الصرع الناشئة بين الأطفال هي:

- التشنجات العقلية INFANTILE SPAMS.
- الصرع الصغير PETIT - MALEPILEPSY:
- الصرع الكبير GRAND - MALEPILEPSY.
- صرع الارتعاش العضلي MYOELONIC EPILEPSY.
- الصرع البؤري وصراع الفض الصدغي.

وهناك عـدة اضطرابـات في وظيفـة الدمـاغ عنـد الأطفـال تـؤدي إلى بعـض التلازمات:

- متلازمة فرط الحركة HYPERKINETIC SYNDROME.
- متلازمة الطفل الأخرق GLUMSYCHILD SYNDROME.
- العثرات البسيطة ومتلازمة جيل ذي لاتوريـت SIMPLE TICS AND GILLEDE LA TON RETTE SYNDROME
- ومتلازمة ضرب الطفل BATTERED CHILD SYNDROND.

إن المشكلات التي يعاني منها الأطفال لها أسباب كثيرة منها العوامل الأسـرية التي تشير إلى سوء معاملـة الطفـل وضـرب الطفـل وأب سـكير وأم قاسـية وكـثرة

[1] مبادئ الطب النفسي، حلمي أحمد حامد، الطبعة الأولى، سنة 1991 ص 215.

العراك وانفصال الأبوية وكثرة الاحباطات والكروب داخل الأسرة وكون الطفل معاق وغيرها من المشاكل التي تؤدي إلى الأمراض[1].

الطب العقلي والطب النفسي:

الطب العقلي PSYCHIATRY تسمية مشتقة من الكلمتين اليونانيتين PSYCHE بمعنى النفس أو العقل IATREIA بمعنى التطبب أو العلاج الشافي HEALING فهو الفرع من الطب الذي يتناول علل وأسباب نشأة PATHOGENSEIS الأمراض العقلية، كما يتناول نواحي علاج اضطرابات العقل - سواء في العلاج الإكلينيكي والعلاج الوقائي PROPHYLAXIS أما أنه فرع من الطب، فذلك لأنه يستهدف اكتشاف العقل وطرق علاجها ومهمته معالجة الاضطرابات العقلية والوقاية منها. فمجال الطب العقلي الحديث مشاكل الصحة النفسية - خصوصاً صحة وظيفية العقل، والتربية الصحية والطبية، وتوجيه الطفل وتكوين الطباع، ومنع علاج الإدمان، والكفاءة للعمل، والصلاحية للخدمة العسكرية.. إلى غير ذلك مما يدخل في اختصاص الأطباء العقليين اليوم.

أما أنه عقلي MENTALMIND لأن العمليات المرضية التي يتناولها هذا الفرع من الطب تنشأ أصلاً في العقل وتنمو خصوصاً في المخ، أي تظهر أساساً في القشرة اللحائية للمخ CEREORALEORTEX ومع هذا فإن الجسم والعقل يصابان في نفس الوقت بالمرض.

فلا شك في وجود ارتباط وثيق في المرض وفي العلاج بين المرض العقلي والجسمي[2].

أمراض عصبية ونفسية وأشياء أخرى

مع بداية القرن العشرين أخذت البحوث الطبية في الإزدياد كماً وكيفاً وعندما أتقن فن التعقيم والتخدير ازدهرت الجراحة ازدهاراً مفاجئاً.

---

(1) حلمي حامد أحمد - مبادئ النفسي ص 216 ص 217، (1991) الطبعة الأولى.

(2) الطب العقلي والنفسي علم الأمراض النفسية - دار النهضة العربية - كمال الدسوقي ص 15.

ومع تقدم الجراحة رأى بعض الجراحين أن يغزو الجهاز العصبي فبدأوا بعمليات النتو الغضروفي، إذ أنهم في هذا الموقع لا يقتربون من الأماكن الدقيقة المسؤولة عن العمليات النفسية العليا، بل لا يتعدى تدخلهم الاقتراب من الجذور العصبية الموجودة في تجويف فقار سلسلة الظهر كما تسمى عادة ولسهولة هذه العمليات تشارك فيها جراحو العظام مع الرعيل الأول من الجراحين الذين نذروا حياتهم العملية لغزو الجهاز العصبي أما الأمراض العقلية أو النفسية فقد انتقلنا إلى المستوى العلمي واستلزمت ممارسة علاجها الإلمام بأمراض الجهاز العصبي إذ أنها أمراض لهذا الجهاز، بل وأمراض في أدق مكوناتها وهي المكونات الكيماوية والكهربية[1].

ما هو العلاج السلوكي:

يبدو أن العلاج السلوكي يعتمد على فكرة أن العديد من الانحرافات النفسية هي نتيجة تاريخ نشأ في عمليات الاشراط حدث خلال عمليات تعلم الفرد بشكل أو بآخر لسلوك غير متوافق وغير ضروري له وذلك بغرض إعادة القلق أو الخوف بشتى الطرق. وهنا يمكن الإشارة إلى أن النقص في التعلم يتمثل في فشل المريض في تعلمه السلوك السوي[2].

العلاج الدوائي للمرضى المصابين:

إن تحديد انتشار الأعصبة، وإعداد المصابين بها هو تحديد تواجهه صعوبات عديدة ويعود ذلك بالدرجة الأولى إلى اختلافات تبدل المظاهر العصابية من مريض لآخر، ومن ثم إلى اشتراك أطباء من مختلف الاختصاصات في علاج هذه الاضطرابات. ومن بين هؤلاء نجد أطباء الصحة العامة، أطباء الأعصاب، الأطباء

---

(1) الأمراض العصبية ماذا تعرف عنها د- محمد عماد فضلي – مركز الأهرام للترجمة والنشر سنة 1991، ص 80.

(2) تعديل السلوك البشري – تأليف هارولد ريجالدبيتش – تعريب فيصل محمد الزراد – دار المريخ للنشر – سنة 1992 ص 37.

الجراحين وأحياناً الأطباء المتمرنين وذلك إلى جانب الأطباء النفسيين[1].

تطبيقات:

العلاج:

هو أحد ميادين علم النفس يتناول المعارف والمهارات التي تستخدم في مساعدة المرضى الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو عقلية وذلك لتحقيق توافق أفضل وتتضمن تدريباً وممارسة في التشخيص والعلاج والوقاية (هو رامن، وافارنجليش) ويعرفه أخر بأنه ذلك الميدان الذي يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها ويستعين بوسائل وأدوات علمية ويتم هذا التشخيص وذلك في عيادة نفسية[2].

- سمات الشخصية السيكوباتية:

1- عجز في القدرة على فهم أو قبول القيم الخلقية.

2- خرق كبير بين مستوى الذكاء ونمو الضمير.

3- تمركز حول الذات واندفاعية وعدم تحمل المسئولية.

4- القدرة على إعطاء انطباع جيد عن نفسه حتى يخدع الأخرين.

5- عجز في الاستفادة من الأخطاء وخبرات الحياة.

6- علاقات شخصية متبادلة ضعيفة وكذلك اجتماعية ضعيفة.

7- يرفض السلطة الشرعية والنظام الشرعي.

8- يسقط لومه على الجميع.

9- يسبب الإثارة، والإزعاج للآخرين.

---

(1) نظريات حديثة في الطب النفسي تأليف البروفسورة اليزابيث ك موسن - إشراف وتعليق محمد أحمد نابلسي - ترجمة د. نبيل حسين أغا - محمد بدوي - دار النهضة العربية سنة 1989 ص 99.

(2) علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة د- مفتاح محمد عبد العزيز - دار قباء للنشر سنة 2001 ص 15.

- أسباب الإصابة بالسيكوباتية:

يعتقد بعض العلماء أن الحالة ترجع إلى عوامل وراثية أو إلى نقص وراثي HEREDITITARY DEFECTوهناك من يشير إلى النقص السيكوباتي الجبلي CONSTITUTIONAL PSY CH OPATHIC INDERIORITY، كذلك هناك تفاسير تقول بفشل السيكوباتي وهو طفل في امتصاص معايير الأباء والأمهات ومثلهم العليا وعانى من الشعور بالطرد والذنب[1].

- أنواع السيكوباتية:

للسيكوباتية مستويات وأنواع متعددة فمنها ما يظهر في شكل نصب واحتيال وتزوير وتزييف أو في شكل الإيذاء أو الانتقام أو الوشاية بالناس والوقيعة والنذالة والجبن والخسة والوضاعة في السلوك وعدم العرفان بالجميل والميل لإطلاق الشائعات السوداء واحتراف الإجرام والجنوح وممارسة الدعارة والخيانة[2].

1- السيكوباتية العدوانية Aggressive psychopathy وتشير إلى الشخص العدواني وهو شخص سهل الاستثارة.

2- السيكوباتي المبدع Creative psychopath يتسم بالسمات السيكوباتية، مضافاً إليها عدم الرضى الدائم عما يفعل والرغبة في التفوق على نفسه والإبداع.

3- السيكوباتي الأخرق أو العاجز Inadequate Psychopath يتميز بالفشل الدائم والعجز المزمن وحياته عبارة عن سلسلة من المشاكل[3].

أعراض السيكوباتية أو التضاد مع المجتمع كاضطراب في الشخصية:

يفقد الأفراد المصابون بهذا الاضطرابات الإحساس بما هو صواب وما هو خطأ وهي أمور تكتسب في أعمار مختلفة ونظراً لأنهم يفتقدون للمقاييس الخلقية، فإنهم يتحايلون للحصول على لذتهم دون اعتبار للمشاعر الصحيحة فهم يشبهون

---

(1) عبد الرحمن العيسوي - مصدر سابق، ص 350، ص 353.

(2) عبد الرحمن العيسوي - مصدر سابق - ص 407.

(3) عبد الرحمن العيسوي - مصدر سابق، ص 341.

الأطفال، حيث يميلون إلى المعيشة في اللحظة الراهنة فقط. ويرغبون في لذة فورية في الدوافع العابرة دون أدنى تأجيل أو أرجاء لهذه اللذة حتى يحين الوقت والعمر المناسب وهم لا يتألمون من أجل إخفاء أعمالهم بل ينسون نتائج أعمالهم السيئة وهم لا يندهشون حينما يمسكون وهم يقومون بسلوك غير شرعي. ولكن العقاب لا يعلم المصابين من اضطراب التضاد الاجتماعي الأحجام عن سلوكهم. فمخاوفهم من ذلك قليلة وقابلون لتكرار الأشياء التي عوقبوا بسببها مرات عدة.

ويوصف الأفراد المصابون بمثل هذا الاضطراب على أنهم أذكياء جذابين مؤثرين منبسطين لا هدف لهم، غريزيون وجهتهم هي اللحظة الراهنة. بينما يوصف بعضهم الأخر على أنهم ذهانيون مرتابون تنقصهم العاطفة والشعور وتنتهي نسبة صغيرة منهم بالحياة في المستشفيات العقلية غالبا بسبب أحكام القضاء. وينتهي الأمر بنسبة كبيرة منهم في السجون والمؤسسات الجزائية الأخرى. (إن الغالبية العظمى من المجرمين لا يصنفون على أنهم يعانون من اضطراب التضاد الاجتماعي) ومعظم السيكوبايتيين يستطيعون أداء وظائفهم الاجتماعية على الرغم من بعض المناوشات مع الشرطة والهيئات الأخرى[1].

- سبب العلاج:

1- إلغاء التعزيزات على السلوك المضاد للمجتمع.

2- وضع نماذج من السلوك المرغوب فيه وتوفير المكافأة أو الجزاء الطيب.

3- استبدال - التدرج بالمكافئات الخارجية بمكافأة ذاتية أو رمزية[2].

- علاج الانحراف السيكوباتي:

يذهب كثير من الأطباء إلى أن علاج الانحرافات السيكوباتية أمر مستحيل، وأن نسبة الفشل في الإجراءات تصل إلى 100٪ وأن شفاء هذه الحالات يقع خارج

---

(1) لندال. دافيدوف - مدخل علم النفس - الطبعة الإنجليزية - 1976-1980 دار ماكجروهيل للنشر - ص 589-690.

(2) عبد الرحمن العيسوي - مصدر سابق،ص 354.

الإمكانيات الطبية المتوافرة. فيقال أن السيكوباتي لا يشفى عن طريق الحبس ولا عن طريق أخر.

ويرى كثير من علماء الطب العقلي أن السيكوباتية تتجاوز حدود العلاج ويذهب (هيرفي كليكي) وهو من أكبر الأطباء المشتغلين بعلاج الجنوح في الكبار بأن جميع الطرق المتوافرة حالياً للعلاج أدت إلى خيبة الأمل في علاج حالات جنوح الكبار.

ورغم هذا التشاؤم في إمكانية شفاء الجنوح إلا أن هذا لا يمنع من قيام كثير من الأطباء بمحاولات علاج مرضاهم وذلك باستخدام العديد من المناهج المعروفة، ومن ذلك ما يلي:

1- العلاج الجمعي.

2- التحليل النفسي.

3- الإرشاد في السجن.

4- العقاقير.

5- السيكودراما.

6- الصدمات الكهربائية.

7- العمليات الجراحية.

- علاج الجانح الكبير:

لقد تبين أن وضع الجانح الكبير في مؤسسة لا يؤدي إلى شفائه فقد وجد أن أحد المستشفيات العقلية المخصصة لعلاج الجنوح تنجح في علاج معظم الاضطرابات النفسية والعقلية ما عدا الجنوح السيكوباتي. ونجحت هذه المؤسسات في علاج الانحراف الجنسي والإجرامي العصابي وغير ذلك من الاضطرابات.

ويستخدم أطباء كثيرون التحليل النفسي المصحوب بالتنويم المغناطيسي والتداعي الحر، وتحليل الأحلام مع تقدم الأحياء تحت تأثير التنويم المغناطيسي، ويستخدم أيضاً التحليل النفسي تحت التحذير.

- علاج الأطفال السيكوباتيين:

تستخدم نفس المناهج المستخدمة لعلاج الكبار مع صغار الأطفال، المنحرفين ويعتمد علاج الأطفال على تزويدهم بالدفء والحب والحنان وعلى مساعدتهم للشعور بالأمان والاستفزاز وعدم الخوف أو الفزع، وعلى توفير الثبات والتوكيد والإيجابية وإشعارهم بالعدالة والإنصاف، كذلك يستخدم منهج الإرشاد غير التوجيهي في علاج الصبية المنحرفين سلوكيا حيث يحقق التعبير الحر عن الطفل ويؤدي إلى المزيد من الاستبصار.

ويستخدم العلاج الجماعي بصورة قليلة جداً مع الحالات السيكوباتية من الأطفال، ويمكن استخدام ما يعرف باسم علاج البيئة ويتضمن توفير النشاط المضبوط والمناقشات الجماعية.

وتستخدم بعض المدارس منهاج مؤداه زيادة تقمص الطفل فيشجع (نكوص) الطفل وارتداده واعتماده على العاملين في المدرسة في قضاء حاجاته أو يتقمص شخصياتهم[1]

(1) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي 1990، دار النهضة العربية - بيروت، ص 223-229.

المصادر

1- أرنوف وينج مقدمة في علم النفس. ص 285.

2- خليل ميخائيل أسعد. سيكولوجية النمو للطفل والمراهقة. ص248-253.

3- سعادة عبد الزبيدي علم النفس التربوي الرياضي الطبعة الأولى 1994 منشورات جامعية قاريونس بنغازي 160.

4- سعد جلال، الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحراف السلوكي دار الفكر العربي 1986 القاهرة ص 162-163.

5- عباس محمود عوض. علم النفس الفسيولوجي ص135-138.

6- عبد الحليم محمود السيد. علم النفس العام. ص125-138.

7- عبد العزيز القوصي. محمد عبد الظاهر. مخاوف الأطفال.

8- عبد العزيز القوصي، أسس الصحة النفسية مكتبة النهضة المصرية 1993. ص 84-315.

9- عبد العزيز القوصى، مخاوف الأطفال الطبعة الثانية 1991 مكتبة الأنجلو المصرية 7-8-19.

10- عبد المنعم المليجي. النو النفسي. ص392-394.

11- عمر التومي الشيباني. الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب. ص275-280.

12- فاخر عاقل، أصول علم النفس وتطبيقاته دار العلم للملايين بيروت 1973- ص177-185.

13- فاخر عاقل، علم النفس دراسة التكيف البشري، دار العلم للملايين بيروت الطبعة الحادية عشر 1991، ص 379.

14- كمال دسوقي، الطب العقلي والنفس علم الأمراض النفسية الكتاب الأول، 277.

15- لندال دافيدوف. مدخل إلى علم النفس. ص667-670.

16- محمد السيد الهابط. د عائم صحة الفرد النفسية. ص165-166.

17- محمد عبد المؤمن حسين، مشكلات الطفولة ص132-143.

18- مصطفى خليل الشرقاوي - علم الصحة النفسية - النهضة العربية - بيروت - 286-287.

19- مصطفى خليل الشرقاوي. علم الصحة النفسية.

20- يوسف ميخائيل أسعد. سيكولوجية الخوف.

21- يوسف ميخائيل أسعد، الشباب والتوتر النفسي. ص109-111.

22- يوسف ميخائيل أسعد، الشباب والوتر النفسي الناشر مكتبة غريب -190.

23- يوسف ميخائيل أسعد، الشخصية الناجحة نهضة مصر للطابعة والتوزيع القاهرة.

24- يوسف ميخائيل أسعد، المشكلات النفسية حقيقتها وطرق علاجها دار النهضة مصر القاهرة 86-98.

25- يوسف ميخائيل أسعد، سيكولوجية الخوف، نهضة مصر، القاهرة، 246-258.

26- يوسف ميخائيل أسعد، شخصيتك بين يديك نهضة مصر للطباعة والنشر 14-141.

الفصل العاشر

المرض النفسي والعلاج الإكلينيكي

الفصل العاشر

المرض النفسي والعلاج الإكلينيكي

المقدمة

إن الأمراض النفسية هي عبارة عن مجموعة الانحرافات التي لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في تركيب المخ - بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية وترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية أو الاضطرابات مع علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتعامل معه وترتبط بماضي حياة الفرد وخاصة في طفولته المبكرة. والتوافق النفسي هو توافق الفرد مع ذاته ومع الآخرين شخصياً ومهنياً وزواجياً واجتماعياً[1]

تعريف المرض النفسي:

إن المرض النفسي ليس جسمياً أو عضوياً من حيث المنشأ ولكنه قد يتسبب في أمراض جسمية بل هو اضطراب وظيفي في الشخصية يرجع أساساً إلى الطفولة التي أدت إلى الصدمات الانفعالية أو إلى اضطرابات العلاقات الاجتماعية وخاصة الخبرات الشديدة والمتكررة والتي تعرض لها الفرد في ماضي حياته[2].

تعريف الصحة النفسية:

إن الصحة النفسية ليست مجرد خلو الإنسان من الأعراض الظاهرة (external symptoms) التي تبدو للعيان في صورة وسواس وتوتر وقلق أو هذيانات أو سلوك شاذ وإنما هي سمات وخصائص موضوعية منها:

1- قدرة الفرد على عقد علاقات اجتماعية راضية مرضية.

---

(1) علم النفسي العيادي الإكلينيكي، دار العلم للملايين، ص209، د. عطوف محمود ياسين.

(2) حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية، ص71 الطبعة الثانية.

2- قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة. Balancing of conflicting drives.

3- قدرة الفرد على الصمود حيال الأزمات والشدائد وضروب الإحباط المختلفة.

4- قدرته على الإنتاج المعقول في حدود ذكائه وحيويته واستعداده.

5- استمتاع الفرد بالحياة دون مصاعب[1].

تعريف النفسية السلمية: الشخصية السوية والسلوك السوي:

إن هذه المصطلحات يعني بها وضع واحد بعينه فإذا حكمنا بسلامة نفسية فرد وقلنا أنه يتمتع بنفسية سليمة فلابد أن تكون هذه الصفة متضمنة لجميع التعريفات التي ينطوي عليها التعريفات المبينة عليه فما من شخصية سوية إلا وتتسم بالنفسية السليمة والسلوك السوي... وما السلوك السوي إلا استجابات سليمة يرد بها صاحبها على مشكلات الحياة وصعابها الذاتية منها والموضوعية رداً سوى التوافق لا أثر ملحوظاً فيها لآليات عقلية تنل من اتزان شخصيته أو تنحرف بسلوكه عن الحدود السوية. وإذا نحن ندرس النفيسة السليمة أو الشخصية السوية بغية وضع وصف لها واضح المعاني ألفيناها الشخصية المتوافقة توافقاً سليماً مع جميع أوضاع الحياة. الذاتية منها والموضوعية على السواء. توافقاً خالياً من أثار واضحة لأي من الآليات التي استعرضناها[2].

أمراض زوال الميلين Demylinating diseases:

مرض التصلب المنتشر disseminated sclerosis:

وهو أكثر الأمراض العصبية انتشاراً في المناطق المعتدلة في العالم وهو مرض شائع بين البالغين من 20-30 عاماً وهو أكثر شيوعاً في النساء.

المظاهر السريرية للمرض: العلامات النفسية - العلامات العصبية -

---

(1) عطوف محمود ياسين، علم النفس العيادي، ص 207 ص 208، دار العلم للملايين.

(2) الأمراض النفسية العصابية - علمياً - علمياً د عزيز فريد- الشركة العربية للطباعة والنشر ص 205- 206.

اضطراب الانفعالات – ضعف في الوظائف المعرفية للمخ – اضطراب الشخصية – ظهور بعض الأعراض الهستيريا كذلك أعراض مرض التصلب.

مرض شيلدر Sehilders disease:

مرض وراثي يصيب الجهاز العصبي المركزي - يبدأ أثناء الطفولة والمراهقة الأعراض النفسية له تبدأ بأعراض تشبه الفصام الكتاتوني أو فصام المراهقة لكن المرض سرعان ما يتطور ويؤدي للتدهور في الوظائف المعرفية للمخ والعته العقلي وهو سريع جداً وينتهي بالعاهات العصبية والعته خلال سنوات قليلة[1].

أمراض المخ المنعكسة أو الإنحلالية Degenerative - disordersof:

وهي تضم مجموعة من الصور السريرية المختلفة يطلق عليها عته قبل الشيخوخة.

أ- عته قبل الشيخوخة.

ويضم أمراض وراثية مثل مرض الزهيمر Alzhemers disease مرض بيك picks disease – رقص هنتجتون rluntigtions chorea مرض جاكوب كرونزفيلت jacop - ereutzfeldtdisease– عته كريبلين kraepelin dementia.

ب- عته قبل الشيخوخة الثانوي:

ومنها عته ثانوي لأمراض بدنية مزمنة مثل سموم مزمنة – أمراض استقلالية مزمنة – النقص المزمن في الفيتامينات – أمراض الغدد الصماء.

ج- عته قبل الشيخوخة الثانوي:

ومنها إصابة الدماغ والرأس – الالتهابات الدماغية – السحائية المزمنة لزهري الجهاز العصبي – الاضطرابات المخية – الأورام السرطانية بالمخ أو البدن – الأمراض المزيلة للحلين من المخ[2].

---

(1) حلمي أحمد – مبادئ الطب النفسي 1991، ص 160 الطبعة الأولى.

(2) مبادئ الطب النفسي – حلمي أحمد حامد – الطبعة الأولى، سنة 1991، ص 161 ص الأولى.

مرض الزهيمر alzheimers disease:

ويعتبر أكثر أنواع العته الأولى شيوعاً وهو وراثي.

المظاهر السريرية للمرض: ظهور أعراض المرض من سن 40-60 وهو أكثر شيوعاً عند النساء.

الأعراض المبكرة للمرض هي ضعف الذاكرة عدم الإدراك والقلق والهياج ومع تطور المرض تظهر علامات آفة الفص الصدري مثل فقدان الأداء الحركي وعدم معرفة الأحاسيس وعدم إدراك الأشخاص وإدراك الذات - ظهور مرض باكنسون.

أمراض الشيخوخة:

يشعر المسنون دائماً بأنهم ليسوا على ما يرام ويزداد هذا الشعور مع التقدم في الشيخوخة وخاصة لدى ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض وهو أقل حدة لدى المتزوجين منه عند بعض الأعراض الشائعة لمرض معين، ومن ذلك مثلاً أن الحمى قد لا تظهر دائماً في الأمراض المعدية التي هي من أعراضها المعروفة إن العلاقة بين الصحة والتوافق في هذه المرحلة هي علاقة ارتباط لا علاقة سببية، فالصحة السيئة تؤدي إلى تدهور التكيف الجيد كما أن التكيف السيئ يؤثر في الصحة الجيدة. وتكيف المسنين للقيود التي تفرض على الأنشطة التي كانوا يمارسونها من قبل بسبب ضعف الصحة لا يتم إلا بمقاومة كبيرة لأنهم بالطبع يشعرون بأن فرض العودة إلى هذه الأنشطة قليلة أن لم تكن معدومة فالتدهور يزداد معدله مع الأيام. ومقاومة التكيف هذا مصدر آخر للشكوى المستمرة من المرض. إن شعور المسن بالأسى على نفسه والتحسر غالباً على الشباب الضائع هذه المشاعر تؤدي به إلى فشل أي محاولة للتكيف وتجعله أكثر عرضة للأمراض النفسية المختلفة(*)

(*) أمال صادق - نمو الإنسان - مكتبة الأنجلو المصرية - ص 539 ص 542 1999.

مرض باكنسون والاضطراب خارج الهرمية الأخرى

مرض باركنسون Parkinsons disease

يعرف باسم الشلل الاهتزازي Paralysis ajitans وهو يبدأ في متوسط العمر ثم يتطور. الأعراض تظهر عقب التهاب الدماغ الوبائي وتصلب الشرايين المخ.

المظاهر السريرية للمرض: شلل واهتزاز مع الأعراض الآتية: قلة الحركة، الصمم rigidity، الارتعاش tremors، البشرة الدهنية وإفراز اللعاب المفرط.

هناك أعراض لهذا المرض: منها الاكتئاب، الذهان الزوراني، توهم المرض، اضطراب الشخصية، العته العقلي، القلق والأرق مع أحلام حية وهذيان وهلاوس.

مرض ويلسون:

Hwpatolenticular degeneration or wilsons disase:

هو مرض وراثي أسري قصور في البروتين الحامل للنحاس في الدم ويسمى كريلو بلازمين ceruloplasmin فرط النحاس الحر بالدم يترسب في الكبد والجهاز العصبي وقرنية العين وأعضاء الجسم الأخرى.

المظاهر السريرية للمرض: تضخم الكبد - علامات عصبية - قرنية العين وجود حلقة بنية حولها - مضاعفات نفسية أخرى.

تشنجات الكاتب writers cramps[1]:

مرض مهني يتميز بحدوث تشنجات عضلية باليدين والأصابع في الذين يعملون بالمهن اليدوية.

الصورة السريرية للمرض: يظهر في العقد الرابع والثالث من العمر في الجنسين مسيرة المرض مزمنة تنتهي بعاهة دائمة.

(1) حلمي أحمد - مبادئ الطب النفسي - 1991 ص 190 - الطبعة الأولى.

أمراض الشيخوخة النفسية:

وتصنف هذه الأمراض إلى عدة مجموعات منها:

1- تغيرات الشخصية في الشيخوخة:

وهي عبارة عن تضخيم في سمات الشخصية الأصلية وقد يأخذ صورة مختلفة منها المحبة للعزلة - وتوهم المرض - الشعور بالتعب والضعف والشخصية الانبساطية الفعالية وهناك عدم السعادة وسرعة الانفعال والسلوك الطفلي والاعتماد على الغير.

2- الأمراض العصابية في الشيخوخة:

وهي تكون غير شائعة لأنه من السهولة فهم التفاعلات العصابية عند المسنين في ضوء أنها طريقة لتفادي كروب الحياة أو للتعامل مع قلق داخلي. ومن الأمراض الشائعة هي القلق - الاكتئاب العصابي - أعراض هستيرية - اضطرابات وجدانية - الهوس - الذهان الزوراني - الفصام الزوراني المتأخر[1].

3- أمراض وجدانية.

4- زورانية.

5- متلازمات نفسه أخرى.

الأمراض النفسية في الطفولة Child psychiaty:

وتصنف إلى عدة أصناف منها.

اضطرابات النمو developmental disorders:

وهي الحالات التي يحدث فيها تأخير أو نكوص في نمو وظيفة معينة أو مجموعة من الوظائف البدنية أو العقلية.

التبول اللاإرادي enuresis:

وهو من اكثر اضطرابات النمو شيوعاً بين الأطفال استمرار تبول الفراش

(1) مبادئ الطب النفسي - حلمي أحمد حامد - 1991، الطبعة الأولى، ص 172.

بعد العام الخامس يعتبر مرضياً ويصنف هذه المرض إلى:

تبول الفراش الأول: وغالباً تكون أسبابه عضوية.

تبول الفراش الثاني: وهو يكون لأسباب نفسية وهو انتكاسة إلى تبول الفراش الأول بعد فترة التحكم.

التبرز اللاإرادي Encopresis: وهو يكون نتيجة التحكم في العضلة العاصرة الشرجية وهناك صنفان من التبرز اللاإرادي.

التبرز الأول أو المستمر: ودوامه منذ الولادة.

التبرز الأول وغير المستمر: يظهر بعد فترة من التحكم.

مشكلات الأكل Feeding Problems:

وهي فرط الأكل والبدانة، النهم، رفض الطعام، بلع الطعام، الوحم للأشياء التي لا تصلح للأكل والحرمان من الطعام[1].

اضطرابات الكلام Speech Disorders:

وتصنف إلى اضطرابات النطق واضطرابات اللغة أو كلاهما وتسمى عسر الكلام Dysphasia وعسر النطق Dysarthria عسر الكلام يكون نتيجة إعاقة الكلام في مراكز الكلام بقشرة المخ أثناء الطفولة أو الولادة أو من فقد السمع أو نقص عقلي أو بسبب الحرمان الاجتماعي والحسي أما عسر النطق بسبب تأخر النمو والأمراض العصبية والخلقية بالحنجرة والحلق واللسان.

اللجلجة التأتأة Stammering - Stuttering:

وتكون اكثر شيوعاً بين الصبية وتبدأ في الظهور بين 3-5 سنوات وعند دخول المدرسة.

الصورة السريرية: تأخذ صورة إعادة أول كلمة أو مقطع أو صورة التردد أو التطويل أو الانقطاع في النطق.

---

(1) مبادئ الطب النفسي - حلمي أحمد حامد - 1991، الطبعة الأولى - ص 201.

أسباب التأتأة:

الاستعداد الوراثي وتأخر نمو مراكز الكلام بالمخ من أهم أسباب التأتأة.

عدم استقرار السيادة بين جانبي المخ الأيسر والأيمن.

اضطرابات النوم عند الأطفال Sleep Disturbancesin Children:

الأرق – كابوس النوم – الفزع الليلي – المشي في أثناء النوم.[1]

النمو النفسي الجنسي الغير سوي Conduct Disorders:

اضطراب الهوية الجنسية عند الولادة قد يختلط نوع جنس المولود على الوالدين وينسبونه إلى الجنس الذي لا يناسب تكوينه البيولوجي.

أسباب السلوك الجنسي المغاير أما وراثية وإما مكتبية.

اضطرابات السلوك عند الأطفال Conduct Disorders:

وتصنف هذه الاضطرابات إلى:

1- السلوك غير الجانح في الطفولة مثل عدم الطاعة والهروب من المدرسة والبيت وكثرة العراك والميول العدوانية.

2- الجنوح معناه السلوك المضاد للمجتمع الذي يعتبر جريمة في القانون وأنواعه الهروب والسرقة والعنف والإدمان والتخريب والحريق العمد.

علم النفس الإكلينيكي وحالة الجهاز العصبي:

يتكون الجهاز العصبي من الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي الثانوي ويتكون الجهاز العصبي المركزي من المخيخ والنخاع المستطيل والنخاع الشوكي والأعصاب المنتشرة في الجسم وعلى الرغم من أن هذا الجهاز يعمل كوحدة متكاملة فإن لكل جزء فيه وظيفة خاصة يقوم بها، فالمخ يعتبر أهم أجزاء الجهاز العصبي لأنه مسئول عن تنظيم الإدراك والتعلم والتفكير والتخيل وكل ما يحدث من كسب الفرد لخبرات جديدة وما يحدث في الشخصية من تكامل وتنسيق لوظائفها المختلفة،

[1] مبادئ الطب النفسي – حلمي أحمد حامد – 1991، الطبعة الأول – ص 207.

أما المخيخ فإنه يقوم بدور هام في إيجاد التوافق بين نشاط العضلات وحفظ التوازن الحركي ويعتبر النخاع الشوكي مركز الإشارات العصبية التي تحدث الانفعالات المنعكسة وتؤدي إلى حركة الأطراف، ويعمل النخاع المستطيل في السيطرة على بعض العمليات الحيوية كالتنفس ووظائف القلب والهضم وضغط الدم.

ونظهر أهمية الجهاز العصبي في حالات اختلال أحد أجزائه وما يحدث للشخص من تفكك وتستخدم لقياس سلامة هذا الجهاز العصبي أجهزة دقيقة تساعد على تحديد نوع الاضطرابات العصبية، أما الجهاز الثانوي فهو المسئول عن الاتزان الانفعالي للشخصية ويتكون من قسمين أو جهازين هما الجهاز العصبي السمباثوي والجهاز العصبي البارسمباثوي ولهذين الجهازين أهمية خاصة في المواقف الانفعالية ولكل منها وظيفته التي تعارض الآخر فالجهاز السمباثوي يترتب على نشاطه زيادة ضربات القلب.

كما يحدث في حالتي الخوف والغضب وتنشيط للأوعية الدموية الموصلة لأطراف الجسم وعرقلة نمو عملية الهضم وارتخاء العضلات القابضة كتلك التي تؤدي إلى فقد السيطرة على البول أثناء الانفعل. أي أن نشاط هذا الجهاز يترتب على التقلب الانفعالي والشعور بعدم الراحة أما الجهاز الباراسمباثوى فيقوم بعمليات تعويض بنائية ولذا ينشط هذا الجهاز وقت الراحة والاستجمام وهو المسئول عن عمليات الهضم وتخزين السكر في الجسم والجهازان يتعاونان معاً في تكوين الحالة المزاجية لشخص ولهما ارتباط وثيق بالغدد الصماء وغيرها من الأجهزة التي تتأثر بالتكوين المزاجي[1].

ارتباط المخ والجسم والسلوك

تؤثر الخلايا العصبية المخية على سلوكنا لأن هناك ارتباط بينها وبين أجزاء الجسم الأخرى وتمتد هذه الروابط خلال مختلف أجزاء الجسم وتتكون هذه الروابط من خلايا عصبية من مختلف الأنواع والتي ترتبط بالمخ. ويشبه الجهاز العصبي الروافد التي تكون النهر وترتبط ألياف (Fibers) الخلية عصبية الفردية بعضها مع

(1) محمد أبو العلا، (1991)، علم النفس العام وسيكولوجية النمو.

بعض في كل أجزاء الجسم لتكون أعصابا صغرى وهو الاسم الذي يطلق على حزم الألياف للخلايا العصبية وتتصل الأعصاب الصغرى بعضها مع بعض مكونة أعصابا أكبر وتصبح في النهاية أعصابا أكبر كثيراً متصلة بالجهاز العصبي المركزي: المخ والحبل الشوكي ويوجد أثنى عشر زوجاً من الأعصاب الدماغية وتذهب إلى الجانبين الأيمن والأيسر للرأس وترتبط مباشرة بالمخ كما أن هناك واحداً وثلاثين زوجاً من الأعصاب الكبيرة التي ترتبط بالحبل الشوكي في الفراغات الواقعة بين عظام العمود الفقري وتمتد الخلايا العصبية للجهاز العصبي الطرفي حتى أطراف الأصابع والقدمين والعينين والأذنين وترتبط كل الخلايا العصبية للجهاز العصبي الطرفي في النهاية بالجهاز العصبي المركزي وأحد مكونات الأخير الحبل الشوكي وهو نوع من الكابل (سلك سميك) الرئيسي الموصل إلى المخ ذاته ويشبه الجهاز العصبي الطرفي الأسلاك التي تحمل الرسائل إلى السنترال المركزي عنه[1]

نمو الجهاز العصبي في الجنين

يستغرق النمو العصبي عند الجنين مدة أطول عن نمو أي من الأجهزة الأخرى ومع ذلك فكل أشكاله تعتمد على الجهاز العصبي أنه يكمل ويوحد ويدمج كل الطاقة الحسية ويربط هذه الطاقة ويوصلها بالنشاط الحركي لهذا فمن الواجب أن يكون فعالاً تماماً وبكل ما في الكلمة من معنى عند الميلاد ونضجه ونموه بعد الميلاد يعد هاماً جداً أثناء الأشهر الستة الأولى للطفل يمكن نمو الشجيرات والألياف العصبية الأخرى نمواً شديداً قوياً، نمو الشجيرات في قشرة المخ يستمر لنحو عشرة إلى اثني عشرة سنة لكنه يكون مفعماً بأقصى نشاط في الستة أشهر الأولى أثناء فترة السنة الأولى هذه ويكون معدل اكتساب سلوك جيد أيضاً سريعاً جداً فسلوك الأطفال يتقدم من مجموعة استجابات مهلهلة التنظيم إلى نمط ردود الفعل المنظمة والمتزايد التناسق والتآزر مع البيئية ونضج القشرة الجديدة للمخ يستمر بعد ستة أشهر الأولى.

ويكمل تقريباً تماماً في ما يقرب من سن الثانية لكن النضج يستمر إلى حد ما

---

(1) أحمد محمد عبد الخالق، أسس علم النفس، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991م.

حتى منتصف المراهقة، على سبيل المثال هناك دليل على أن الوظائف المختلفة لنصف الكرة الدماغي الأيمن والأيسر للمخ لا يمكن التمييز بينهما حتى سن العاشرة. لكن أشارت الدراسات إلى أن النمو العصبي في الإنسان يمكن أن يتأثر أيضاً بالعوامل البيئية ولقد اقترح أن نمو المخ يعتمد على خبرات هي ذاتها إلى حد بعيد التي يعتمد فيها السلوك على نمو الأبنية العصبية الملائمة (ليبست -1979) أيدت هذه الاحتمالية ودعمتها الدراسة الحديثة التي أجريت على اللحاء البصري للقطط الصغيرة وأوضحت الدراسة أن القطط التي كانت تحملق منذ الولادة بطريقة تسمح لها برؤية الخطوط الراسية والأفقية كانت غير قادرة عندما اختبرت فيما بعد على اكتشاف الخطوط المائلة إذ أنه من الواضح أن لحاءاتها لم تنم بزونات من شأنها أن تكون مستجيبة للخطوط مائلة الاتجاه هذا يوحي بأن اكتشاف الاتجاه المائل يتطلب خبرة ما يجعلها تشاهد مثيرات منظمة في هذا الاتجاه[1].

التقسيم الوظيفي للأجهزة العصبية

سبق أن قيل أنه لا يجب أن نفرق بين المناطق والوظائف تفريقاً كاملاً لأن الأجهزة العصبية تعمل في ترابط وتكامل تامين، فإذا رأيت كلباً يهاجمك فإن كل أجهزتك العصبية تعمل بدون استثناء لأنك ستستقبل وستصل المعلومات إلى اللحاء وإلى الجهاز العصبي التلقائي وستنفعل وستفكر وفي النهاية تستجيب ويمكن تقسيم الأجهزة العصبية من حيث الوظائف كالتالي:

1- مناطق حس: وهي الأنسجة المستقبلة للإثارة سواء كانت واردة من الخارج (رائحة أو ضوء) أو من الداخل (عطش أو مغص) بالإضافة إلى الأنسجة الخاصة بفهمها باللحاء.

2- مناطق حركة: وهي الأنسجة الخاصة بتنشيط العضلات الموجودة باللحاء ثم الطرف الثاني لها وهو الأنسجة الخاصة بإتمام الحركة وهي موزعة في كل أنحاء الجسم.

3- مناطق ترابط: وهي كل الأنسجة العصبية العاملة باللحاء وتعد مسئولة عن

---

[1] نعمة عبد الكريم أحمد أسس علم النفس، 1992م.

عدم تفكك الروابط بين الإثارة والاستجابة ومسئولة أيضاً عن التمييز والإدراك والاستنساخ والحكم ...الخ[1].

الفيروس والجهاز العصبي

إن نسبة الأمراض العصبية منها نسبة عالية مقارنة بباقي أجهزة الجسم وكذلك عندما نستعرض الأمراض المعدية التي تصيب الجهاز العصبي نجد أن غالبيتها تنشأ عن العدوى بالفيروس وكأن هناك حالة عشق بين الجهاز العصبي والفيروس ولعل ثراء الجهاز العصبي بالدم والمواد النووية الموجودة في خلاياه هما سبب هذا العشق الفيروسي للجهاز العصبي.

يدخل الفيروس إلى الجهاز العصبي فيقابله هذا الجهاز بثورة قد تبقى تحت الرماد فلا تظهر إلا في شكل صداع عابر أو بعض الآلام التي تشبه الأنفلونزا ولكنها في بعض الأحيان قد تنقلب إلى الالتهاب السحائي حيث يعقب الصداع المرير تيبس في الرقبة وقيء وحمى وربما حدثت غيبوبة وشلل في الأطراف كلها أو بعضها أما في حالة شلل الأطفال فالثورة تتركز أكثر مما تتركز في الحبل الشوكي وبعد مدة قصيرة من الصداع العابر أو الألم تنطفىء حدة الثورة ولا تخلف إلا شللاً في عضلة واحدة أو عدة عضلات على أحد جانبي الجسم أو كليهما حسب شدة الإصابة غير أن هذه الحالات لا تمثل إلا نسبة بسيطة من الحالات التي يصيبها فيروس شلل الأطفال أما أغلب الحالات فلا تؤدي إلى ما يشبه الأنفلونزا أو بعض الآلام في الرقبة والأطراف وحمى خفيفة[2].

العمليات المخية في الانفعال

إن الانفعال هو استجابات معقدة يتحكم فيها المخ وتشير الدراسات المختلفة إلى تدخل الجهاز الليمباوي في الانفعالات ويتكون هذا الجهاز من بعض أجزاء الثلاموس والهيبوثلاموس وبعض الأجزاء التي تجاورها من القشرة الدماغية

---

(1) د. ألفت محمد حقي، المدخل إلى عمل النفس، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،1992م، ص 187.

(2) د. محمد عماد فضلي، الأمراض العصبية (ماذا تعرف عنها)، 1991م

الداخلية فقد أوضحت الدراسات وخاصة دراسات ملير أنه يمكن إثارة الخوف عند القطط عن طريق التأثير الكهربي على بعض أجزاء هذا الجهاز كما استطاع ملير أن يثير الخوف عند القطط باستخدام صوت معين بعد أن كرر اقترانه بهذا التأثير الكهربي كما تشير الكتابات الحديثة إلى تدخل جهاز أخر من أجهزة المخ هو Reticular - activation ويوجد هذا الجهاز في أسفل المخ ويمتد أماماً إلى منطقة الثلاموس والهيبوثلاموس ويؤدي هذا الجهاز وظيفة تسهيل مرور المثيرات الانفعالية إلى منطقة تنظم مرور الرسائل الآتية من الجسم إلى المخ ولا توجه الفرد إلى سلوك معين بل هي ذات أثر تنشيطي عام[1].

العلاقة بين الأعصاب والعضلات

هناك علاقة وثيقة بين الأعصاب وبين حركات العضلات في الإنسان، فالجهاز العصبي المركزي هو الذي يتحكم في حركات العضلات وينظمها وكل حركة من حركات العضلات أو أي نشاط عبارة عن نتيجة لتأثير مثير من المثيرات التي يرسلها الجهاز العصبي المركزي عن طريق النيرون العصبي. وحركات العضلات تتراوح ما بين الانعكاسات البسيطة (كحركة الركبة) إلى الحركات التي تتضمن التحكم الإرادي في العضلات. والواقع أن السبب في سفر أو انتقال المعلومات والرسائل من الجهاز العصبي المركزي إلى العضلات وبالعكس أن الأعصاب والعضلات كلاهما قابل للإثارة Excitable Tissues وذلك لأنها قادرة على نقل الإشارات الكهربائية ومن أمثلة تلك المثيرات التي تنقل على هذا النحو الضوء والحرارة والبرودة والملموسات.[2]

ماذا تعرف عن النبضة العصبية:

إن النبضة العصبية عبارة عن دفقه كهربائية صغيرة جداً تنتقل من طرف

(1) د. عبد السلام عبد الغفار، مقدمة في علم النفس، دار النهضة العربية، بيروت، ص234، 235.

(2) د. عبد الرحمن محمد عيسوى، علم النفس الفسيولوجي (دراسة في تغير السلوك الإنساني)، دار النهضة العربية، بيروت، 1991م.

واحد من النيورون إلى الطرف الآخر ولكن هذه الدفقة لا تنتقل كانتقال الكهرباء في الأسلاك الكهربائية. إن ما يحدث في النبضة العصبية عبارة عن تبادل ذرات كيمائية تحمل طاقات كهربائية مختلفة. يترك غشاء الخلية في الحالة العادية أيونات الصوديوم الموجبة (Nat) خارج الغشاء وأيونات بوتاس الموجبة (K+) وأيونات الكلوريدا السالبة (Cl-) ونتيجة لذلك تتواجد هناك طاقة كهربائية بسيطة عبر الغشاء المليني.

إن داخل الغشاء بذلك يكون سالباً أكثر مما هو الحال بالنسبة لخارج الغشاء عندما يتم إثارة محور الخلية العصبية (النيورون) فإن الطاقة الكهربائية الموجودة عبر الغشاء تنخفض عند نقطة الإثارة. وإذا كان هذا الخفض كافياً فإن أيونات الصوديوم الموجبة تنتقل إلى داخل الغشاء بحيث يصبح خارج الغشاء سالباً أكثر من داخل الغشاء وهذا التغير يؤثر في الجزء الملاصق من النيورون بحيث أن غشاء هذا الجزء المجاور يسمح بعبور أيونات الصوديوم وعندما تكرر هذه العملية نفسها على طول الخلية فإنها تعرف بالنبضة العصبية.[1]

نبذة عن ذوات النخاع الشوكي

تنقسم شعبة ذوات النخاع الشوكي إلى أربعة شعبيات منها ثلاث تتمثل اليوم في حيوانات بدائية لم تلاق نجاحاً كبيراً في مصادر الحياة وفي هذه الشعبيات الثلاث لا يحظى الحبل العصبي بأية حماية خاصة يتفوق بها على مثيله في غير ذوات النخاع الشوكي من شعب الحيوان أما في الشعبية الرابعة وهي أرقى الشعبيات الأربع من ذوات النخاع الشوكي فيحظى الحبل العصبي على النقيض بحماية خاصة عن طريق إحاطته بسياج يبدو على هيئة سلسلة متعددة الحلقات من الغضاريف أو العظام وتلك الحلقات هي فقرات سلسلة الظهر العظمية ومن أجلها سميت هذه الشعبية بشعبية (الفقاريات) وسمى أفرادها باسم الفقاريات وشعبية الفقاريات هي الشعبية الوحيدة التي تضم فيها الدماغ[2]

---

(1) عبد الرحمن عدس، محي الدين توق، مدخل إلى علم النفس، دار الفكر، 1995.
(2) د. اسحق اريموف، الدماغ البشري طاقاته ووظائفه، القاهرة، 1996م.

نبذة عن الجهاز العصبي المركزي

يتكون الجهاز العصبي المركزي من المخ الموجود بالجمجمة الذي يبلغ وزنه 4/1 كجم ويقل وزنه قليلاً عند النساء عنه لدى الرجال والنخاع الشوكي بالسائل المخي الشوكي الذي تحويه تجاويف المخ وهذا السائل فضلاً عن عمله كوسادة للحماية المخ والنخاع فهو بمهمة التغذية الخاصة للمخ.

ويعتبر الجهاز العصبي المسئول عن أجهزة الجسم المختلفة من حيث قيامه بوظائفه المتعددة في تنسيق وتنظيم سواء كانت تلك الوظائف إرادية أو غير إرادية وتشترك الكائنات الحية وبما فيها الإنسان في أنها تتعرض لمؤثرات لا حصر لها من بيئة محيطة ويستجيب الجهاز العصبي لكافة المؤثرات بردود أفعال معينة من هذه الاستجابات سحب اليد بعيداً عن ملامسة شيء ساخن أو لدى وخزها بالإبرة وغلق العين أو ارتعاشها لدى دخول شيء في العين أو عند مواجهة ضوء ساطع مفاجئ أو سيلان اللعاب لدى وجود طعام في الفم[1].

التقسيم الوظيفي للجهاز العصبي:

يميل بعض العلماء وخاصة مكدوجل وشرنيجتون إلى تقسيم الجهاز العصبي إلى ثلاث مستويات ويشمل الأول على مركز النخاع الشوكي العصبي وما دون المراكز اللحائية ويشتمل الثاني على المراكز الإحساسية في لحاء المخ أما الثالث فيتكون من المناطق الارتباطية في المخ.

هكذا يتكون الجهاز العصبي من خلايا عصبية تتصل مع بعضها لتكون شبكة معقدة من الأعصاب تشبه في جوهرها الأسلاك الكهربائية وتتصل هذه الشبكة بالمخ والنخاع العصبي.

يتقدم من المخ ثلاثين زوج من الأعصاب الشوكية التي تنقل إليها التأثيرات البصرية والسمعية والذوقية والشمية ويتقدم النخاع العصبي إلى زوج من الأعصاب التي تنتشر في جميع أنحاء الجسم تنقل إلى النخاع المؤثرات المختلفة وتنتج

(1) د مصطفى خليل الشرقاوي، علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت.

عنه استجابات الأفعال المنعكسة وتتقدم في النخاع الليمفاوي ويشرف هذا الجهاز على جميع الوظائف الآلية الداخلية للجسم مثل ضربات القلب وحركة الرئة وعمليات التغذية.[1]

كثيراً ما دار الجدل العلمي حول التفرقة بين العصاب والذهان أو بمعنى آخر، التفرقة ما بين المرض النفسي والمرض العقلي وهما العاملان الأساسيان لاضطراب الشخصية وسوء توافقها. والخلاف القائم بينها من حيث المنشأ والعوامل الممهدة لكل منها.

فالأمراض النفسية إنما هي اضطرابات وظيفية Functional Disorders تكون العوامل النفسية صاحبة اليد الطولي فيها وتتميز بوجود صراعات داخلية وتصدع في العلاقات الشخصية بل وبوجود أمراض جسمية ذات أصل سيكولوجي... والعصاب النفسي Psycho-Neurosis يطلق على مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية منها: القلق، والتوتر، والانقباض والانشغال الزائد بالأمور الجنسية وآلام الجسم التي يكون لها سبب عضوي Organic والأفكار السوداء، والأفعال الوسواسية Obsessive Reactions كذلك فإن مريض العصاب يكون واعياً ومدركاً بأنه مريض، ويظل اهتمامه بالعامل الخارجي وبالعلاقات الاجتماعية قائماً.

أما المرض العقلي أو الذهان Psychosis وهو اضطراب في الشخصية أخطر من المرض النفسي، والذي يبدو في صورة اختلال عنيف في القوى العقلية واضطراب شديد في اللغة والتكفير وفي إدراك الواقع والحياة الانفعالية وعجز ظاهر في ضبط النفس، الأمر الذي يعوق قام علاقات اجتماعية متوافقة بين الفرد وغيره، بل وعدم قيام توافق بين الفرد وذاته. ذلك يرجع لتأثير المرض في كل جوانب شخصية المرض فالمريض العقلي يتعلق بالشخص نفسه، فالمريض عقلياً يتميز بأن لديه سمات شخصية مستقلة نسبياً عن المواقف التي يجد نفسه فيها مندمجاً. والمريض العقلي أو الذهانى لا يستطيع أن يدرك حالته أو طبيعة اضطرابه؟

---

(1) فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو في الطفولة والشيخوخة، دار الفكر العربي، 1956م

والأمراض العقليــة يمكــن تقســيمها إلى أمـراض عقليـة عضويـة ترجـع إلى أسباب عضوية وراثية أو غير وراثيـة كتلـف في النسـيج العصـبي مـن الزهـرى أو المخدرات أو تصلب شرايين المخ او كاضطراب هرموني أو اختلال شديد في عمليـة الهدم والبناء Metabolism ومنها الشلل الجنوني العام، وجنــون المخـدرات وجنــون الشيخوخة.

الفصل الحادي عشر

الأمراض النفسية الوجدانية والانفعالية والعقلية

الفصل الحادي عشر

الأمراض النفسية الوجدانية والانفعالية والعقلية

وهناك أمراض عقلية وظيفية أو نفسية المنشأ، وهذه الأمراض الذهانية ليس لها أساس عضوي، وهي الفصام والاكتئاب وذهان الاضطهاد وإلى جانب هذا فإن هناك اضطرابات للشخصية نسميها السيكوباتية، وهي اضطرابات يكون المريض فيها مفتقراً للشعور بالذنب أو الحرص على مصالح الآخرين، كما أنه يميل لإيذاء نفسه وإيذاء غيره.

وللوراثة والبيئة نصيب يختلف في نسبته في نشأة الأمراض النفسية والأمراض العقلية، على أن العلاقة بين الوراثة والبيئة علاقة تفاعل.

وبعد ... فهذه نبذة مختصرة عن الفرق بين الأمراض العقلية والأمراض النفسية ونحن نتناول في بحثنا هذه دراسة مبسطة لأحد الأمراض العقلية التي حظيت بكثير من الدراسة والبحث وهو مرض الفصام Schizophrenia والذي يعتبر من الأمراض المستعصية على العلاج في النفسي والعقلي... وهذا المرض قد يتخذ صورة حادة أو مزمنة وله أسباب كثيرة ومتعددة هي مصدر خلاف بين الباحثين، ورغم هذا فإن هناك بعض العوامل التي يمكن أن تكون محل اتفاق بين عدد من هؤلاء الباحثين وهذه العوامل هي: العوامل الوراثية والبيئية والمنزلية والعوامل البيوكيميائية.

على إننا نلاحظ أن المريض الفصامي يعجز عجزاً واضحاً عن ملاحظة الأحداث الاجتماعية التي تدور حوله، كذلك فهو دائم الهرب من المواقف الاجتماعية المعقدة إلى أخرى خيالية تتسم بالبساطة. كذلك فإن الفصامي يصعب عليه الإدراك الحقيقي والدقيق لانفعالات الآخرين المحيطين به.

تعريف الأمراض النفسية:

وهي مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم من حيث السبب عن علة عضوية

أو عن خلل في تركيب المخ سواء في الخلق أو بسبب حوادث من حيث الدمج أو الإصابة.

إن المرض النفسي ليس جسمياً أو عضوياً من حيث المنشأ ولكنه قد يسبب في أمراض جسمية بل هو اضطراب في وظيفة الشخصية ويمكن أن نعزو ذلك إلى الانفعالية أو الاهتزاز في العلاقة بين الأب والأم.. مما يسبب قلقاً دائماً ينشأ من القلق أمراض نفسية من ضمن هذه الأمراض الهستيرية والحساسية والاكتئاب والوسواس والخوف والانطواء وبالتالي نجد السؤال الذي يعرض نفسه وهو ما هي أسباب نشر المرض النفسي؟

إن أسباب الأمراض العصابية مازالت غير واضحة تماماً وخاصةً فيما يتعلق بالأسباب الرئيسية وما زال العلماء يفسرون هذه الأسباب بنظريات مختلفة ومدارس متعددة، ولم يثبت البرهان العلمي لهذه في إعطاء الإجابة الشافية عن أسباب الأمراض النفسية.

بدايات المرض أزمات نفسية.

تعتبر ظاهرة الأمراض النفسية والسيكوسوماتية والانحرافات السلوكية منتشرة في العالم وتعتبر من الظواهر الهامة في حياتنا اليومية والاجتماعية وهذا يشكل خطراً كبير على حياة الفرد والأفراد والمجتمعات...ويؤدي بهم إلى العديد من المشكلات الصحية والنفسية العقلية والاجتماعية فنشأت هذه الأمراض نتيجة وعي الشعوب وانتقاضاتها على رواسب الماضي....

فالتبدلات الحاسمة وإدخال العلوم في حياتنا والانتقال من الزراعات المتخلفة إلى الزراعات الحديثة وظهور طبقة جديدة في المجتمع كانت مغلوبة على أمرها وهذا الصراع والتغيرات في أذهان الناس وهم بين رافض ومؤيد ومحايد أدى إلى نشوء الاضطرابات النفسية وتركتهم يعانون من التأزم والحيرة وعدم التوافق.

إن الحصول على أرقام دقيقة في انتشار المرض النفسي أمر عسير لكن بشكل عام إن هناك دراسة قام بها "وآن" الأمريكي وجد أن 0.70 من المرضى الذين يترددون على المستشفيات يعانون من أمراض نفسية وأن 0.30 من المرضى

العضويين يدخل العامل النفسي في مرضهم وقد وجد أيضاً أن هناك أكثر من 0.50 يعانون من القلق النفسي[1].

كذلك في دراسة أخرى أجريت في كل من بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية كان هناك 0.50 من أطفل المدارس مصابون بالعصاب[2].

أما علماء النفس الذين تأثروا باتجاهات فرويد وأدائه فأنهم يهتمون أكثر من غيرهم بالأعراض البسيطة من التكيف (Maladj ustment) ومن أمثلة هؤلاء عالمة النفس سوزان اسحق فهي ترى أن العصاب النفسي يتمثل في أعراض مثل الفوبيا Phobias والمخاوف الليلية Terrors- Night وقضم الأظافر Nail - biting والعادة السرية أو الاستنماء Masturbation.

إذا كان يمارس بدرجة عالية[3]

وبالرغم من أن الأمراض العصابية يصاحبها في الغالب أعراض فسيولوجية كسرعة دقات القلب إلا أن هذه الأعراض المصاحبة وليدة أسباب للمرض النفسي[4] ص 35.

الاضطرابات الانفعالية العصابية:

أن علم النفس المرضي هو ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بدراسة كل أشكال الاضطرابات النفسية أو السلوك الشاذ ويهدف إلى التعرف على أسباب اضطرابات سلوك الشخصية وتصنيفها مع محاولة وضع أسس لعلاجها في الفرد لحل المشكلات الاجتماعية الناجم عنها.

كلمة انفعل Emotion مشتقة من اللاتينية Emovire ومعناها ليتحرك إلى الخارج أي إننا حاولنا توضيح المعنى اللغوي لكلمة.

انفعل، فإننا نصيب إذا قلنا أخرج الإحساس. أما إذا نظرنا إلى محتواها من

---

(1) مشكلات الصحة النفسية وأعلامها 1999. محمد جاسم العبيدي. دار طرابلس للنشر.

(2) Ibid.

(3) أمراض العصر. عبد الرحمن العيسوي 1990، دار المعرفة الجامعية ص 35.

(4) محاضرات في علم النفس العام. د. على عبد السلام، الإسكندرية 1991، ص 14.

الناحية الفيزيولوجية فإن المعنى يعزى إلى: انتقال الحالة الداخلية للكائن الحي من استمرار وتغيرات فيه إلى حالة نشاط جديد يسببها تعرضه لأحاسيس تتفاوت في القوة والنوع، ومنها الحب، والكراهية، النفور الحزن الفرح، الغضب، الخوف.

إن الانفعال يؤثر في الوظائف النفسية والجسمية. والانفعالات تتفاوت فيما بينها فبعضها قوى شديد القوة والبعض الآخر من الانفعالات هادئ ويساعد الإنسان على التكيف مع الواقع.

والانفعالات عنصران أساسيان أحدهما صريح Overt والآخر خفي Covert كامن الصريح يشمل الطرق التي يعبر بها الفرد عن الحالات الشعورية والعنصر الخفي يشمل ردود الفعل الجسمية الداخلية والحالات اللاشعورية للشخصية ذاتها.

الجهاز العصبي التلقائي The autonomic nervous system يلعب دوراً هاماً في الانفعال.

من غير الواضح ماذا إذا كانت الحالات المعرفية والانفعالية تختص بها الأجهزة التابعة أو المثقلة.

بعض علماء النفس يعتبرون الحالات الانفعالية ثانوية بالقياس إلى العمليات المعرفية بينما يعتقد الآخرون إن الاستجابات الانفعالية تسبق أو على الأقل تصاحب العمليات المعرفية.

مصطلح (العمليات الوجدانية) Appetine Systems شكل شائع للإشارة إلى المشاعر والحالات النفسية والانفعالية والأمزجة، وهي بالضرورة ما أشار إليه (أرسطو) قديماً، ثم (كانتريل) مؤخراً (Gantril(1963-1967), Cantril Livingstone) بالأنظمة الشهرية Affetive processes وخضعت هذه العمليات لتعريفات عديدة، تراوحت بين تعريفها بمضمون الوعي أو الشعور إلى تعريفها بردود الفعل الفيزيولوجية بخصائص الشخصية، وقد درج بعض الكتاب على استخدام مصطلحين أو اكثر من تلك المصطلحات بشكل مترادف بحيث يفيد الواحد منها ما يفيد الآخر (Buss. 1966) ويضعها كتاب آخرون في ترتيب تسلسلي هرمي يستخدم فيه مصطلح (الوحدات) Affect كمصطلح عام، بينما يستخدم كل من مصطلحي (المشاعر Feelings والحالات النفسية Moods) على أنها تركيبات ذات مستوى متوسط بن المزاج والانفعال Emotion. (Becker, 1974).

فقد خضعت العمليات الوجدانية بشكل تقليدي للمقابلة أو المعايير بينها وبين العمليات المعرفية بغية إظهار الفروق بينهما، فقد قامت الفلسفة الهندية القديمة على سبيل المثال بالتفريق بين الحب Love والفكر Thought في حين قامت الفلسفة الإغريقية التقليدية بالمقابلة بين الحالة النفسية Mood والفكر أو العقل intellect (Reymert ،1950).

فإن الإضطراب الانفعالي Dist urdance Emotional يعد مصطلحاً شائعاً للتعبير بأسلوب رقيق عن المرض العقلي. ولكن برغم التاريخ الطويل والاستخدام الواسع لهذين المفهومين فإنه من الصعب أن نجد للعمليات الوجدانية تعريفا يتضمن بطريقة ما العمليات المعرفية ويربط التفكير والشعور بعضها ببعض ارتباطاً وثيقاً، وقد تلاحظ ارتباط التفكير بالإدراك.

الانفعال كوظيفة خبرة ذاتية:

اعتقد (فرويد) 1915، Freud أن جوهر الانفعال في أنه ينبغي للفرد أن يكون واعياً به مدركا له، وينبغي للانفعال أن يكون جزء من وعيه، وطريقة علماء النفس الأوائل طريقة تحليلية اختزالية، وكان التفريق بين (الوجدانات) والاحساسات (المعارف) نتيجة لتلك الطريقة.

لم يتوقف العلماء عند هذا الحد، حيث أنهم اهتموا بإثبات البيانات الأساسية للخبرة الذاتية والبرهنة عليها، لقد فسر علماء النفس الأوائل الإحساسات وكأنها عناصر، ولكنهم لم يكونوا واثقين مما إذا كانت المشاعر مركبة من الأحاسيس.

تحولت دفة النزاع الذي دار حول العناصر للخبرة إلى الفيزيولوجيا للحصول على إجابات لهذا الموضوع (نظريات جيمس - لانج، كانون بارد، وأعمال (بيبي- سنتر) Beede center, 1932 في بحوث خاصة بالسرور والكدر. وأيضاً أعمال (ب-ت-يونج). (P.T. young 1936, 1952, 1955) الخاصة بالتنبه الوجداني arousal Affective بالإضافة إلى ظهوره في كتابات الوجوديين.

السرور والكدر:

قام(فنت) (Wandt,1896) بتقديم وصف للمشاعر الإنسانية في ثلاثة أبعاد هي:

السرور والكدر Pleasantness- unpleasantness.

التهيج والسكون Exci tement - quiescence.

التوتر والاسترخاء Strain - relaxation.

تعريفات:

1- حالة تنبه داخل الكائن العضوي، لها مكونات فزيولوجية ومعرفية وموقفية، وتتسم بلحساسات وسلوك تعبيري معين وهي تنزع إلى الظهور فجأة ويصعب التحكم فيها[1].

2- الانفعالات هي حالة داخلية تتصف بجوانب معرفية خاصة واحساسات، وردود أفعال فسيولوجية، وسلوك تعبيري معين، وهي تنزع إلى الظهور فجأة، ويصعب التحكم فيها[2].

3- الانفعالات هي ضرب من السلوك من المحال أن يخطئه المشاهد لما ينجم عنه تغير في ملامح الوجه واللفتان والحركات والأعمال الفسيولوجية والتغيرات اللغوية[3].

المفاهيم المختلفة للإنفعال:

الانفعل هو اضطراب وتغير في الكائن الحي مصحوباً بارتارية وجدانية تتميز بمشاعر قوية واندفاع نحو سلوك ذي شكل معين. أنه إذن حالة شعور وسلوك حركي خاص، وبالنسبة للشخص نفسه هي حالة مشاعر تأثرية. وبالنسبة للمشاهد الخارجي، هي اضطرابات في النشاط العضلي واللغوي، حيث يرى انقباض اليد، وتقطب الجبين واحمرار العينين، أو اتساعهما أو دموع الحزن، أو سماع أصوات

---

(1) أحمد محمد عبد الخالق، أسس علم النفس، دار المعرفة الجامعية - الإسكندرية سنة 1991 ص 417.

(2) د. عزت عبد العظيم الطويل، د. على عبد السلام، محاضر في علم النفس العام محطة الجامعي الحديث - الإسكندرية، سنة 1991 ص 45.

(3) عزت عبد العظيم الطويل المرجع السابق ص 45.

ضحكات المرح ... الخ[1].

الأنواع الرئيسية للانفعالات:

هناك اتفاق عام على وجود ثلاثة أنماط رئيسية للانفعالات وهي الخوف، الغضب، والسرور.

1- الخوف:

الخوف حالة أولها إستجابة لبعض المثيرات المنتجة للخوف. فمثلاً قد تكون الاستجابة إحدى استجابات الشك، التردد، الفزع، الرعب أو حتى الاشمئزاز الشديد وتثار هذه الاستجابة بحدوث بعض الأشياء والتي قد توصف بصفات متعددة مثل، مخيفة أو مروعة واستجابة الخوف بدورها قد تؤدي إلى إثارة سلوك أخر كالهروب أو الهجوم أو الذعر والهلع.

2- الغضب:

أما رد الفعل الانفعالي للغضب قد يتدرج من التأثير البسيط إلى السخط أو الغيظ – وتنشأ ردود الفعل هذه بواسطة المثيرات التي تثير الاستياء أو الإحباط. ومن حالات الانفعالات الأخرى نجد أن ردود الفعل هذه قد تستخدم لاستثارة استجابة أخرى وقد تكون في صورة عداء، وعدوان أو نكوص.

3- السرور:

ردود الفعل البسيطة للابتهاج إلى الغامرة الشديدة وبصورة عامة استجابات السرور تعمم عن طريق وجود مثيرات مفضلة أو تشير إلى اقترابه من هدفه، ويأخذ التعبير عن السرور صوراً متنوعة كالابتسام والضحك أو المعانقة والتقبيل.[2]

---

(1) عزت عبد العظيم الطويل، د. على عبد السلام، محاضرات في علم النفس الجامعي الحديث، الإسكندرية 1991، ص 41.

(2) أرنوف وينتج pn-d، مقدمة في علم النفس، دارما كجروهيل للنشر، (ب–ت) ص. ص 134 – 135.

تميز ثلاثة أبعاد للحياة الانفعالية:

أولها: التكرار الانفعالي والتغير:

ويتمثل هذا البعد في احتفاظ الفرد بنفس المستوى الانفعالي لمدة طويلة أو قليلة فيه.

ثانيها: الاتساع الانفعالي:

وهو بعد يحسب سلسلة الأشياء للفترة التي تستدعي ردود فعل انفعالية في الفرد.

ثالثهما: الشدة الانفعالية:

وهو بعد يتعلق بالعمق الانفعالي.

النضج الانفعالي:

وهو يقاس بمدى ابتعاد الفرد عن السلوك الانفعالي الخاص بمرحلة الطفولة واقترابه من سلوك الراشدين ويقصد به:

1- القدرة على ضبط النفس في المواقف التي تثير الانفعال.

2- أن يعبر الفرد عن انفعالاته بصورة ناجحة بعيدة عن تعبيرات الطفولة.

3- أن يكون قادراً على تأجيل لذاته العاجلة واحتمال آلام ذلك.

4- أن يكون قادراً على معاملة الناس على أساس واقعي لا يتأثر بمشاعره وانفعالاته عنهم[1].

الثبات الانفعالي (ث أ)

مجموعات النابغين والمتكبرين والأذكياء يتميزون بالثبات الانفعالي، فهم أكثر ثباتاً انفعالياً من مجموعة العاديين وأن الفرق بين كل مجموعة من المجموعات الثلاثة وبين مجموعة العاديين هو فرق جوهري ذو دلالة إحصائية في حين أن المجموعات

---

[1] إبراهيم أحمد أبو زيد – سيكولوجية الذات والتوفيق، دار المعرفة الجامعية إسكندرية، 1987، ص.ص 164-165.

الثلاثة نفسها لا يوجد فيما بينهما فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في هذه السمة[1].

حدة الانفعال:

تبلغ حدة الانفعالات عند نهاية السنة الثالثة تقريباً فكل انفعال يشعر به الطفل قوياً حادا حدة لم يعهدها قبل ذلك ولن يعهدها فيما يلي من مراحل الطفولة.

هذه الحيوية الانفعالية المبكرة تسم كل ضرب من الشعور: حنقه على التطبيق المفروض عليه، خوفه حقيقياً كان أو وهمياً، نوبات الفزع التي تنتابه ليلاً.

تتميز حياته الانفعالية فضلا عن ذلك بالتنوع الفجائي: من الاستغراق في الضحك إلى البكاء الحاد، من الحنوالى العدوان من العداوه إلى الود.

على أن الطفل الذي تتاح له فرصة الالتحاق بإحدى مدارس الحضانة، لا يبدي في المدرسة العنف الانفعالي الذي يبديه في منزله[2].

الغدد الصماء والانفعال:

تحت ضغط الانفعال يزداد عادة النشاط السمبثاوي، وعليه يزداد إفراز هرمون الابينغرين من نتاج الادرينالية، وبمجرد ازدياد منسوبه ينشط إفراز النخامية الباطنية لهرمون أكثر ACTB.

وينسب ازدياد أكثر في نشاط قشرة الإدرينالية بإفراز زائد من الكوريتكويدو التي تعد مسئولة عن سرعة احتراق السكريات وحدة الإثارة العصبية.

وبالإضافة إلى ذلك يزداد نشاط الغدة الدرقية في نفس الوقت لرفع نسبة الاحتراق العام بالجسم بذلك إذا ازدادت حدة الانفعال أو طالت مدته أصيبت

---

(1) د. خليل ميخائيل معوض، قدرات وسمات الموهوبين، دار الفكر الجامعي إسكندرية سنة 1983 ص 19.

(2) د. عبد المنعم المليجي، د. حلمي المليجي،النمو النفسي، دار النهضة العربية بيروت 1971 ص 219. ط الخامسة

الغدد الصماء النشطة أثناء ذلك بالتضخم Bypertrophy حتى نستطيع أن تقوم بمهمة مضاعفة افرازاتها.

الميكانيزمان العامة للانفعال:

أن التغذية المعدة feedback من الحواس ومن البيئة الداخلية للجسم تساهم في تكون الانفعالات.

الضغط الانفعالي Emotional stress:

الانفعال هو انهيار التوازن الداخلي الكائن المعروف بالإحياء الانفعالي، وقد يكون الانفعال عنيفاً أيضاً وداخلاً طور الإعياء الانفعالي ومع ذلك لا يكون هداما بل على العكس مقويا بناء وعلى سبيل المثال حالات الإحباط الشديد أو اليأس التي تتسبب في تقوية شخصية بعض الأفراد وتدفعهم إلى القيام بأعمال أما بطولية أو خلاقة مبدعة، أو التي تتسبب في ضم شمل الأسر أو في قيام بعض الدول بمجهود أعظم كوحدة متكتلة[1].

تنمية الانفعالات:

على الرغم من وجود صعوبة في تحديد مسميات الانفعالات والتمييز الدقيق بينها إلا أن هناك محاولات مختلفة للتغلب على ذلك يمكن تلخيصها في ثلاثة مناحي:

1- حيث يسأل مجموعة من الخبراء لاقتراح المسميات الملائمة لأنواع مختلفة من الانفعال.

2- تقدم قائمة (بها حصر شامل لعدد من الانفعالات) لمجموعة من الأشخاص (العاديين). ويطلب منهم تسميتها.

3- الأخذ برأي المجيبين الأول والثاني، وحساب الاتساق الداخلي بينهما plutcnik 1980, p 162.

---

(1) د. عبد الفتاح محمد دويدار، الأساس البيولوجي والفيزيوجي للشرحية، دار المعرفة الجامعية إسكندرية ص، 1992- 288-292-294

تصنيف أنماط الانفعالات:

تعدد المسميات اللفظية للانفعالات. فيما يرى ميلفن ماركس غير كافية لإبراز ملامحها وأبعادها. ويقترح تقسيم الأنماط الرئيسة للانفعالات في ضوء فئتين:

الأولى: وتختص بالمنشأ أو أصل الانفعالات.

الثانية: وتختص بموضوع الانفعال.

وباستخدام هذا المحك كأساس للتصنيف يمكننا أن نميز بين مصدرين رئيسين للانفعالات هما:

المواقف، والكائنات الحية (وخاصة الآدميين)، ثم عمل بعض التصنيفات الفرعية طبقاً لموضوعات الانفعال التي تندرج في كل فئة على 462-459) (marx, 1976, pp) ويوضح الجدول التالي مختلف أنماط الانفعالات.

أنماط الانفعالات وفقاً (للمنشأ أو الأصل الموضوع)

الانفعال	المنشأ أو الأصل	الموضوع
اللذة	موقفي	الاقتراب من المنبه
الألم	حي (sensory)	الابتعاد عن المنبه
السعادة	أولي	التوجه أو الاقتران
الحزن	معرفة (cognitive)	السكون أو الهدوء
الخوف		الهرب
الغضب		الهجوم
الفخر	اجتماعي	الذات
الخزي	الذات -المرجعية	الأخرون
الشعور بالذنب والندم	seif-refrrai	
الحب	العلاقات بين الأشخاص - inter	
الكراهية	personai	

فوائد الانفعالات:

تحقق الدرجات المعتدلة من الانفعالات العديد من الفوائد بالنسبة للفرد ومنها ما يأتي:

1- تزيد الشحنة الوجدانية المصاحبة للانفعال من تحمل الفرد وتدفعه إلى مواصلة العمل وتحقيق أهدافه.

2- للانفعال قيمة اجتماعية.

3- تعتبر الانفعالات مصدراً من مصادر السرور. فكل فرد يحتاج إلى درجة معينة منها إذا زادت على سلوكه وتفكيره.

4- تهيئ الانفعالات الفرد للمقاومة من خلال تنبيه الجهاز العصبي اللاارادي.

مضار الانفعالات منها ما يأتي:

1- يؤثر الانفعال على تفكير الفرد فيمنعه من الاستمرار. أو يجعل التفكير بطيئا كما هو الحال في حالات الحزن والاكتئاب.

2- يقلل الانفعال من قدرة الشخص على النقد وإصدار الأحكام الصحيحة.

3- كما يؤثر أيضاً على الذاكرة فيما يتصل بالأحداث التي تتم أثناء فترة الانفعال.

4- في حالة حدوث الانفعالات بشكل مستمر ودائم، يترتب عليها العديد من المتغيرات الفسيولوجية[1].

الأساس البيولوجي للوجدان:

الخبرة يصفها (خبرة ذاتية) فإننا نجد أنه لا يمكن لأحد معرفة الحالة الوجدانية التي يعيشها فرد من الأفراد إلا إذا قدم تفسيراً لفظيا لتلك الخبرة التي يمر بها ويعانيها، أو إذا أمكن التعرف إلى ما يرتبط بتلك الخبرة من متعلقات فيزيولوجية أو سلوكية (انظر مثلاً Krause, 1961, Krause, Galinsky & Weiner, Martin 1961).

[1] د. عبد الحليم محمود السيد، علم النفس العام جامعة القاهرة، سنة 1990 ص 248-642-458.

وفي الحقيقة لقد تم إدراك العمليات الوجدانية بصفتها مظهر للأداء أو العمل البيولوجي فعلماء مثل (ويليام جيمس James 1980 و (ماكد وجل) (Mcdoagall 1908) (فرويد). Freud 1915a)) عرفوا الوجدان جميعا بصفته ذاتياً مدركاً بشكل واعي في العملية الفيزيولوجية أو الغريزية الكامنة.

(نظرية جميس - لانج lange - Theory - James)

إما بالنسبة (لويليام جيميس) (James 1890) فقد اعتقد بأن الخبرة الانفعالية الذاتية تتألف من وعي الفرد وإدراكه للتغيرات الفيزيولوجية المختلفة التي تحدث أثناء فترة من التهيج أو الاستثارة الانفعالية ولكن لم يستطع أن يتصور (لانج) (Lange, 1885) (1887 بالضرورة المفهوم ذاته الذي تصوره (جيمس) مع فارق بينها وهو أن (جيمس) ذكر العضلات والأحشاء بينما ذكر (لانج) فقط جهاز الدورة الدموية.

الوجدان والمعرفة:

إن الإطار الذي تحدث الخبرة من خلاله – وبخاصة في الحالة التي تحدث فجأة قد عد معياراً أو محكاً ضرورياً لا لتنمية خبرة انفعالية فحسب (Av erill 1969) بل لتخصيص صفحة انفعالية معينة. (Schacter is inger 1962) "فالحسد والغيرة والسخط والنقمة والغيظ مصطلحات تصف كلا من الاستجابة الانفعالية.

المظاهر السلوكية للوجدان:

من بين الأسباب الرئيسة التي أدت إلى المقابلة بين العمليات الانفعالية والعمليات المعرفية ما لوحظ من ميل الحالة الانفعالية القوية إلى تعطيل التفكير المنطقي المعقول وأحداث نوع من الفوضى فيه.

نظرية الانفعالات كحالات طارئة لكانون:

أكد (كانون) 1929 - 1927 Gannon على الدور الذي يقوم به المهاد Thalamus في إصدار الخبرة الانفعالية وبالإضافة إلى الأزمات التي تقتضي تغيرا مفاجئاً وحين يكون لدى الفرد اختيار بين الدخول في معركة Fight أو اللوذ بالفرار والهرب Flight فإن التغيرات الجسمية التي أكد عليها (جيمس لانج) وبالتالي فإنه

بينما يمكن للنشاط في الجهاز العصبي السمبتاوي أن تكون له السيطرة والهيمنة في الأحوال العادية فعندما تحدث الإثارة الانفعالية الحادة يصبح نشاط الجهاز العصبي السمبتاوي مسيطراً.

عدم الاستقرار الانفعالي:

يعد عدم الاستقرار Ladility الوجداني عرضاً مميزا للهستيريا كما عدة الدليل التشخيصي والأخصائي الثاني للمرض العقلي DSM.TT تشخيصاً تلازمه الأعراض العضوية.

انفعالات ذات أهمية في الطب النفسي:

هنالك عديد من الانفعالات والحالات الوجدانية التي تواجهها أغلب المواقف الطبية والنفسية منها: الدونية، عدم الأمان والاستقرار وعدم الكفاءة أو العجز الجنسي، والقلق والاكتئاب والعدوان.

ضبط الانفعال والتحكم فيه:

طبقاً لنظرية (كانون) فإن الاستجابات الانفعالية تمثل تحريك إمكانات الجسم المواجهة للمواقف.

ويستخدم هذا التحريك على نحو مثالي في أسلوب الأقدام أو الأحجام hght or Flight أن التعبير عن الانفعال وضبطه والتحكم فيه لهو أمر يتصل اتصالا بالسلوك المنطقي في مقابل السلوك الانفعالي[1]

العصابية والصحة النفسية:

اشتق المصطلح الإنجليزي المقابل لكلمة "العصاب" من كلمتين يونانيتين تعنيان "اضطراب عصابي" وكان وليام كولين أول من استخدمهما في تصنيف فئة عامة للأمراض الناجمة عن "الحركات المضطربة أو عن إحساسات الجهاز العصبي" وقد مثل هذا المصطلح تقدير مفهوم مرض وظيفي والذي حدد عن طريق أداء -

---

(1) إم كونر. E.M. coles، المدخل إلى علم النفس المرضي الاكلنيكي، دار المعرفة الجامعية إسكندرية ص 193، 194، 196، 167، 106، 209، 201.

البدل لوظائفه لا عن تركيبه وبنائه وقد تضمن مزيجا من الأحوال العصبية والطبية النفسية. - (محمد العبيلي 1999، ص 66).

ولكن ربما كان الأمر الأكثر أهمية هو أن "كولين" من خلال استبداله بالمفهوم القديم لاخلاط البدن المفهوم الحديث للجهاز العصبي قد مكن الناس أن يشتكوا من العصابية.

الاضطرابات العصابية والصحة النفسية:

الأعراض التي تكون الاضطرابات العصابية متنوعة جداً وتمتد من مشاعر الخشية الغامضة إلى فقدان الذاكرة الذي لا يمكن تفسيره.

كما أن الأعراض من هذا النوع قد لا تختلف في بعض الأحيان عما يعرض للأسوياء من قلق أو عجز عن التذكر. ولكن الأمر يصل في حالة المرض بالعصاب إلى حد يعطلهم تعطيلا ظاهراً ملحوظاً بل يؤدي بهم إلى العجز في بعض الأحيان. أضف إلى ذلك أن هذه الأعراض تنبثق عادة من حالة سابقة قوامها القلق الملح والشعور بانعدام الأمن والعلاقات الاجتماعية غير المرضية.

ثم إن الأعراض التي تشتمل عليها اختلال العصابية تنقسم إلى مقولات مختلفة متعددة. أما للنوع القلق فإنها تلك المقولة التي تكون فيها المخاوف المحددة ومشاعر الخشية الغامضة بمثابة الشكوى الشائعة إلى أكبر حد.

أما في العصاب الوسواسي القهري فإننا نجد المريض قد أرهقته الأفكار الملحة التي لا تتوقف. كما نجده وقد اضطر إلى أن يسلك على نحو غريب أشبه بالطقوس "أحمد عبد العزيز، علم نفس شواذ".

عصاب الاكتئاب:

الاكتئاب كرد فعل إنما هو اكتئاب عصابي وليس ذهنياً وهو عبارة عن ردة فعل بعض الأحداث في الحياة تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق.

وقد تظهر أعراض الاكتئاب في أعقاب فقدان الفرد لوظيفته أو عند وفاة شخص عزيز على النفس وهناك نوع من الاكتئاب رد الفعل يصيب الأطفال وسمي

الاكتئاب الانفعالي ويصاب بهذه الحالة الأطفال الذين يتربون في البيوت الكبيرة للأيتام فتصبح نظرتهم للحياة نظرة سلبية كالتشاؤم.

ومثال على حالة الاكتئاب:

شاب وشابة تزوجا بعد قصة حب منذ عام ولكن الزوج بعد أن أصيب بالتسمم أثناء تناول طعام معلب كان من الممكن أن زوجته ستشعر بنوع عادي من الحزن ولكنها أقنعت نفسها بأن اللوم يقع عليها في وفاة زوجها لأنها هي أعدت له الطعام مثل هذه الأفكار كشفت عن حزنها وقادتها إلى الاكتئاب "العيسوي 1990 ص 111".

المنحرف العصابي:

يشير "واتنبرج" إلى أن هناك حالات من الانحراف يكون فيها نتيجة الصداع يتم التعبير عنه في سلوك منحرف والمنحرفون من هذا النمط من أبناء الطبقات الممتازة اجتماعياً ولا يمكن أن يعزى انحرافهم إلى الأسباب الاجتماعية المعروفة للفقر والجيرة السيئة.

وهنا يمكن أن يقال أن الانحراف إنما يعزى لعوامل لا شعورية ويسوق "وايتنبرج" أمثلة على ذلك سنأخذ واحدة منها.

المثال:

حين يقوم ولد حسن السمعة السلوك بسرقة يقبض عليه فيها فيعترف مما يثير هلع الوالدين غير أن الولد يحس بالراحة لاعترافه. فهو يسعى لشعوره بالذنب ويجد الباحث المدقق أنه قام بالسرقة مهيئاً الظروف للقبض عليه وكأن الصعوبة ترفع عن كاهله عبئاً ليعود إلى السلوك الذي اشتهر به "سعد جلال 2000، ص 96".

أساليب التوافق العصابية:

يحافظ العصابي على "أناه" عن طريق أحداث بعض ألوان الملل الوظيفي في الشخصية مثل الهستريا – الوساوس القهرية – المخاوف وتوهم المرض.

الهستيريا:

أن الأفراد العاديين قد يصطنعون ألواناً من القصور الجسمي، البسيطة للهرب من المواقف غير السارة ولكن العصابي قد ينحو منحا متطرفاً في هذا الصدد ويذكر ميتجر 1945 حالة إحدى الفتيات الصغيرات في التاسعة من عمرها كونت حالة عرج هستيري فقد حدث لها هذا العرج في إحدى ساقيها مما جعلها تعاني من ألم في أعلى الساق. كما أصبحت شاحبة اللون ونقص وزنها وقد بينت الأشعة وجود تغيرات في التكوين العظمي مما حدا ببعض الأطباء التوصية لعمل رباط ضاغط وجبس لإعادة وضع العظام. ولكن الأخصائي أكد أن هذا غير صحيح وبعد أن خضعت الفتاة للعلاج النفسي لفترة قصيرة أصبحت ساق الفتاة عادية تماماً وقد تضمن العلاج بالدرجة الأولى مساعدة الفتاة الصغيرة على التوافق مع مواقف البيت الصعبة التي كانت تتسم بالعراك الشديد الدائم بين الأب والأم وعلى مشهد من جميع أطفالهما. "مصطفى الشرقاوي 1990 ص 88".

الصحة النفسية والعصاب:

تعد هذه الحالات العصابية - بطبيعة الحال حالات مكدرة غير سارة وأكثر المشاكل العلمية أهمية هي كيفية علاجها وقد جرب عدد من الطرق - ولكن أكثرها شيوعاً الآن هي العلاج بالتحليل النفسي: ابتكر فرويد التحليل ويتلخص في محاولة تعليل الخبرات في حياة المريض الماضية والتي أدت إلى تكوين العصاب ويحدث هذا التحليل من خلال مناقشة أفكار المريض وذكرياته وأحلامه. وعلى الرغم من أن فرويد قد حقق شهرة واسعة بين المثقفين كما يعتقد أنه يحتل مكاناً كبيراً في هذا المجال مثل (دارون) هناك مجموعة تعتقد أن التحليل النفسي له قيمة ضئيلة وهناك مجموعة عكس ذلك وهناك أسباب عديدة لنقص الثقة في التحليل النفسي واحد هذه الأسباب أن نظريات فرويد بعيدة الاحتمال وغير قابلة للتعريف فعلى سبيل المثال من بين تحليلات فرويد ذات الشهرة الذائعة حال "هانز الصغير" وهو ولد عمره خمس سنوات يدوسه حصان وأصبح يرتعب من الخيل ونشأ لديه خوف مرضي من النزول إلى الشارع لخوفه من أن يقابل أحد الخيول، أن المرور بهذه الخبرة الغير سارة أمراً قابلاً للفهم بما فيه الكفاية ولكن كان تحليل فريد أكثر تعقيداً

فقد كان "هانز" لديه عقدة أوديب أنه كان يحب أمه ويكره والده بوصفه منافسه ولأنه كره والده فقد نشأ لديه اعتقاد بأن والده يكرهه أيضاً فقد رأى فرويد ... أن الخوف من الخيول ليس في الحقيقة خوفا من الخيول على الإطلاق ولكنه خوف من الأب فيمثل الحصان الأب وبذلك تحول الخوف من الأب إلى حد ما إلى خوف من الخيول ومن الصعب إثبات تفسير فرويد هذا ودحضه بطريقة أو بأخرى ولكن في حين تفسيره ينبع من مجرد التوائه وبراعته فإن كثيرين ينظرون إلى هذا التفسير على أنه متكلف بعيد الاحتمال بل مستحيل ويفضلون عليه التفسير المألوف والبسيط "عبد الخالق، ص 121، 1992".

العلاج الدوائي للمرضى العصابيين:

الإشكاليات الحقيقية والوهمية للعلاج الدوائي للأعصبة عندما يتخذ الطبيب قرار العلاج النفسي الدوائي لمريض لم يسبق له تناول مثل هذا العلاج، فإنه يجد نفسه في موقف دقيق ذلك أن هذا العلاج إنما يعني تصنيف لا معاوضة نفسية عابرة أو اضطرابات بنائية أو انزعاج مؤقت كمرض فعلي يحتاج إلى علاج دوائي وهكذا فإن على الطبيب التريث قبل اعتماد العلاج الدوائي فالأعصبة ليست بالأمراض المهددة للحياة أو المسببة للآلام ولكنها اضطرابات من شأنها تحقيق الذات وعرقلة السعادة لوقت طويل.

ولعل أكثر الآراء موضوعية في معارضة العلاج الدوائي للأعصبة هو ذلك الرأي القائل بأن العصاب هو مرض أو خلل يطال البنية النفسية وعليه فإن العلاج النفسي "غير الدوائي" هو العلاج الأمثل للأعصبة.

ولكن هناك اخصائيين يرون أن بديل العلاج الدوائي هو العلاج بدون العقاقير وليس العلاج النفسي ولكن يجب أن نقول بأن تحديد طبيعة الأعراض العصابية ودرجة حدتها إنما يلعبان الدور الحاسم في تقرير العلاج. "بدوي 1980، ص 99".

العصاب التجريبي:

أن أبحاث بافلوف المعملية قد أوضحت أن إرغام الكلب على إجراء تميزات

معقدة قد يؤدي في بعض الأحيان إلى تكوين مـا يسـمى بالعصـاب التجريـبي ومـن الواضح أن الضغط أو التوتر المقترن بعمليات اتخاذ القرارات الملحة قد يؤدي إلى نمط سلوكي يشبه السلوك العصابي. فالكلاب تستجيب بشكل طبيعي في المجـالات الأخرى. ولكن عندما تواجه مهمة معملية فإنما تبدي تدهـوراً ملحوظـاً في السـيطرة على السلوك.

العوامل المسببة للأمراض النفسية:

أولا: الأسباب المهنية للمرض Predisposing:

1- الوراثة.

2- المرحلة العمرية.

3- الجنس.

4-العوامل البيئية.

5- المهنة.

6-النوبات السابقة.

الأسباب ذات الطابع الجنسي:

- الحمى - الالتهابات التعب والإرهاق.
- القسم الخارجي المنشأ.
- القسم الداخلي المنشأ.
- عدم اتزان التمثيل الغذائي.
- التسمم المزمن.

***الأمراض العصبية الكبرى المخية المزمنة.**

- الجروح والصدمات.
- ضربة الشمس.
- "مصطفى الشرقاوي 1990 ص 305، 599

الاكتئاب العصبي Nerotic Depression:

الاكتئاب هو رد فعل شائع بخسارة شخصية خطيرة مثل موت صديق حميم أو موت عزيز أو حبيب.

أنه ليس من الغريب ولا من المرض أن نشعر بالحزن عندما نعاني من مثل هذه الخسارة أو حينما نجرب شعوراً عميقاً جداً بخيبة الأمل أو الفشل. معظم الناس بعد انقضاء فترة من الوقت يشفون من مشاعرهم الحزينة. ومع ذلك في بعض الحالات يمكن أن يصبح الاكتئاب خطيراً جداً لدرجة أنه يمنع هؤلاء الناس المصابين من التركيز ويصبح هؤلاء الأطفال قلقين ومنزعجين ومترددين في عمل أي شيء؟

أحد أعراض الاكتئاب العصبي في الصنف العام لكل نشاط يقوم به المكتئب. فالاكتئاب العصبي يعيش فيه الأفراد حزنا وياساً عميقين عند الذين ليس لهم سبب خاص ويستمران لمدة أطول من الوقت عند الذين لديهم السبب الذي يبدو مبرراً.

الناس المكتئبون عصبياً يصبحون فاقدي الاهتمام بالأنشطة التي كانوا يستمتعون بها من قبل، ويغرقون ويخوضون في حالة مزاجية يائسة وأدانة للذات يتأثر فيها سلوكهم بصفة عامة، بتشاؤمهم الخاطئ من الحياة في الغالب ويعانون مشاعر من الذنب.

والذين يميلون إلى إظهار الاكتئاب العصبي يكونون عادة قلقين قبل بداية الاكتئاب. أنهم كثيراً ما يجدون صعوبة في تحمل أي شكل ن أشكال الضغط النفسي وبسرعة يلومون أنفسهم عن الفشل الذي لم يستطيع ا في الواقع تجنبه. "نعيمة عبد الكريم 1992، ص 559".

عصاب الفوبيا:

ومن أمثلة ذلك الفوبيا Phobia وهو نوع من انفعال الخوف الشاذ unfarse resoning أي خوف ليس له معنى أي الخوف من أمور ليس من شأنها أن تثير الخوف.

أنها خوف شاذ أو غير عقلاني يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق خوف مؤلم وحاد "العيسوي 1990، ص 250 الأعصبة".

أنواع الفوبيا:

ويورد كوهان عدداً من الفوبيا 14 نوعا هي كالآتي:

1- الخوف من الأماكن العالية.

2- الخوف من الأماكن المفتوحة أو الفسيحة أو الواسعة.

3- الخوف من الألم.

4- الخوف من العواصف، الرعد، البرق.

5- الأماكن المغلقة مثل الزنزانة.

6- الخوف من الدم.

7- الخوف من التلوث والجراثيم.

8- الخوف من الوحدة.

9-الخوف من الظلام.

10- الخوف من الازدحام.

11- الخوف من المرض.

12-الخوف من الناس.

13-الخوف من الزهري.

14-الخوف من الحيوانات.

الأعراض الاجتماعية في الأمراض النفسية:

وإلى جانب الأعراض المتمثلة في اضطراب الإدراك مثل الهلوسات والخداع واضطرابات التفكير والاضطراب الانفعالي وإلى جانب هذا كله تأتي الأمراض الاجتماعية في الأمراض النفسية.

- عدم النضج وسوء التوافق الاجتماعي وعدم القدرة على مطالب البيئة وخاصة من الناحية الاجتماعية.
- اضطراب العلاقات الاجتماعية وفقدان إمكان إقامة علاقات إنسانية والشعور بالرفض.

- عدم الارتياح بخصوص الأسرة وسوء سلوك الوالدين وحدوث أخطاء في التنشئة.
- الشقاء يسبب وجود صراعات عنيفة "مكبوتة غالباً".
- وجود مفهوم سالب للذات وتشوه صورة الذات "حامد زهران 1984، ص385".

الفرق بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية:

رقم	الأمراض النفسية	الأمراض العقلية
1-	أسبابها الأساسية سيكولوجية وليست عضوية.	أسبابها عضوية كالاختلاف الوظيفي في الجهاز العصبي وتصلب شرايين المخ أو تليف النسيج العصبي
2-	يتناول المرض النفسي جزءاً من الشخصية ويبدو واضحاً في الجانب الانفعالي منها بوجه خاص	المرض العقلي يصيب الشخصية بالتفكك والانحلال
3-	المريض نفسياً يظل على صلة البيئة المحيطة وتكون علاقته بالآخرين علاقة فعالة	المريض عقليا تنقطع علاقته بيئته وقد تستقبل حواسه أمور لا وجود لها "أي تشوه الواقع".
4-	المريض نفسياً يكون على وعي بمرضه مما يدفعه إلى تقديم نفسه للعلاج	المريض عقليا لا يكون على وعي بمرضه مما يجعله يرفض العلاج
5-	المريض نفسيا يعتبر مسئول عن تصرفاته نظراً لقدرته على التمييز بين الصواب والخطأ	المريض عقلياً لا يعتبر مسئولاً عن تصرفاته نظراً لعدم قدرته على التميز بين الصواب والخطأ.
6-	العوامل البيئية منذ الصغر والتي أدت إلى الصراع النفسي والإحباط المستمر في حية الفرد عي الأساس في الإصابة بالأمراض.	الوراثة والتاريخ العائلي هما الأساس في الإصابة بالأمراض العقلية.
7-	المرض النفسي يصيب أفراداً في أية مرحلة من مراحل العمر المختلفة	المرض العقلي نادراً ما يصيب الفرد في طفولته ولكن يصيبه في المراحل الأخرى.

العصابية وتميزها عن الذهانية:

هناك على وجه التقريب نظريتان رئيسيتان حول طبيعة العصابية في هذا الخصوص وهما:

أ- النظرية الألمانية التقليدية: ويمثلها هندرسون وجيليسبة سنة 1943 هي ترى أن العصاب في مقارنته بالذهان يمثل نماذج مختلفة كلية لرد الفعل. "أن التمييزات بين العصاب النفسي والذهان هي ذات طبيعة مرضية ونفسية وعلاجية، فالذهان يتضمن تغيرا في الشخصية الكمية، كما يتغير الواقع الذهاني كيفيا.

ب- النظرية الثانية: وهي تقوم على أساس أنه لا توجد هناك قائمة للشخص توضح الفارق بين العصابية والذهانية.

مميزات الشخص العصابي:

يرى "تير" أن العصابي شخص يتصف بالقصور في سلوكه العام ولكن لا يكون معادي للمجتمع.

يتميز المصابون بالعصاب ببعض الصفات ومظاهر عدم النضج مثل الغيرة وحب الذات والتناقض الوجداني وفقد الثقة بالنفس وإسقاط انفعالاتهم واتجاهاتهم النفسية اللاشعورية على أشخاص لا صلة لهم بها كما يتميز العصابي بكثرة أخطائه في الاختبارات الحركية.

تصنيف الأشخاص العصابيين:

بين إيزنك أن العصابيين المضطربين نفسياً يمكن تصنيفهم تبعاً لمراكزهم على بعدي الانبساط أو العصابية إلى صنفين هما كما يلي:

1- العصابي المنطوي أي الدسيتمي: وهي حالات القلق Anxiety والاكتئاب Depression والوساوس obsessions والمخاوف.

2- العصابي المنبسط: وهي حالات الهستيريا والسيكوباتية.

بعض متعلقات الشخصية العصابية:

الانبساط والعصابية مفاهيم وضعية وأبعاد أساسية للتشخيص، ذات فائدة

جمة وتطبيقات واسعة، ومصداقاً لذلك أن مثل هذه المفاهيم تسمح بوضع تنبؤات يمكن اختبارها في مجالات متنوعة، وكذلك في قدرتها على التنبؤ بالسلوك في جوانب عدة:

- الاتجاهات الجنسية لدى ذوي الدرجات المرتفعة فتتميز بالإثارة والعصبية وهم من تفترض النظرية أصلاً أنهم هستيريون، وبين المتزمنين المنطوين، فاتضح أن الهستيريين يتميزون بأنهم نشطون بدرجة كبيرة من الناحية الجنسية.
- تحمل الألم: يمكن أن يستنتج من نظرية إيزنك أن تحمل الألم يرتبط ايجابياً مع الانبساط وسلبياً مع العصابية().
- العصابية بين الوراثة والبيئة: تلعب الوراثية والبيئية دوراً هاماً في تكوين العصاب ويقرر "إيزنك" أن الانهيار العصابي يمكن اقتفاء أثره من امتزاج مجموعتين من العوامل هي:

أ- العوامل الجبلية " التكوينية".

ب- العوامل البيئية.

وقد تعددت النظريات التي تتعرض لدور كل من الوراثة والبيئة في تكوين العصاب ويقرر الأخوة "سلاتر 1944" أن هناك ثلاثة فئات رئيسية من النظريات هي:

- الفئة الأولى: وهي تتضمن نظريات تعتبر الظاهرة العصابية أنماطاً للاستجابة لكل ما يتساوي جميع البشر في التعرض له، ولهذا فإن شدة العصاب ونمطه تعزى حينئذ جزئيا أو كليا وتسمى هذه النظرية "نظرية الضغط الجوي".
- الفئة الثانية: وهي تعتبر العصاب كنمط موحد يعتمد على العوامل الوراثية "التكوينية" ويسمى هذا النوع من النظريات "نمط الاستعداد السابق الوراثي".
- الفئة الثالثة: وهي تفترض أكثر من عامل واحد من تأثيرات مختلفة لتعليل التكوين.

أ-التكوين خاصة بنمط خاص من العصاب.

ب- قد يظن أنها بشكل آخر متداخلة في تأثيراتها ومنتجة لاستعداد سابق لأكثر

من نمط واحد ويطلق على هذا النمط من النظرية "نمط تعدد الأسباب وتداخلها".

وتتفق جميع النظريات على أن الانعصاب البيئي يلعب دوراً ما في إنتاج العصاب.

عوامل الوراثة Heredity:

استهدفت دراسة قام بها "إيزنك وبريل 1951 بدراسة استهدفت الفرض القائل بأن البعد العصابي يتحدد جزئيا على الأقل بعوامل نشئوية أو تكوينية.

- تأثير الجهاز العصبي: يرى بافلوف أن الذهان والعصاب اضطرابات في النشاط اللحائي السوي وقد تحدث اضطرابا عميقاً لدى بعض الأفراد ولا تحدث أي أثر عند آخرين تبعاً لقوة مقاومة الجهاز العصبي. ويرى "إيزنك" أن العصابية أساس بيولوجي فهي موروثة على الأقل بنفس الدرجة كالقدرات المعرفية والذكاء.

عوامل البيئة:

يرى "ماسلو" أن الإنسان عندما يصبح عصابياً فإن السبب يرجع إلى البيئة التي جعلته كذلك بسبب الجهل والمرض الاجتماعي.

طرق علاج العصاب:

العلاج الفعال للعصاب هو" العلاج بالتحليل النفسي" والعلاج النفسي التدعيمي، والعلاج المتركز حول العميل، والعلاج بالأدوية وخاصة المهدئات.

الاستجابات العصابية كأساليب التوافق الشاذ:

عندما يواجه الإنسان مشكلة فإنه توجد احتمالات ثلاث للسلوك السوي أقدام أو أحجام أو إرجاء الاستجابة، بمعنى الانتظار وحتى تتضح عناصر الموقف. وفي الحالات الثلاث يكون سلوك الفرد مصحوباً بالروية والتفكير، وتغلب جانب الانفعال، وتناسب الاستجابة مع مثيراتها. أما إذا كانت استجابة الفرد مبالغا فيها من حيث الزيادة والنقصان وتجاوزت حدود الاعتدال فإن سلوك الفرد يوصف في هذه الحالة بالشذوذ لا السواء. وبذلك تتحول إلى الأساليب الشاذة التالية:

1- إقدام شاذ: وهو الذي يتخذ شكل الاعتداء أو التجني نحو الآخرين والعالم الخارجي ويبدو هذا السلوك بوضوح في أعراض الهوس بدرجاته المختلفة.

2- إحجام شاذ: يتميز هذا الأسلوب من التوافق الشاذ بالنكوص والانطواء ويكون عادة مصحوبا بانفعال الخوف وخاصة من الفشل، ويتضح هذا السلوك في مرضى الفصام.

3- انتظار شاذ: إذا تجاوز الانتظار الحدود المناسبة وأصبح أرجاء الاستجابة مبالغا فيه فإن سلوك الشخص يتخذ شكل التردد الشاذ الذي يمنى بالفشل ويتضح هذا الأسلوب في مرضى القلق والأفكار الوسواسية.

4- الاستعطاف الشاذ: وهو أسلوب يتوسط الأقدام الشاذ والأحجام الشاذ ويهدف إلى حل مشكلة ما بطريقة رمزية أو يصبح عرض مرضي مؤثر بطريقة لا شعورية، كما يحدث في نوبات الإغماء الهستيري ويتضح هذا الأسلوب في الهستيريا التحويلية[1].

تحليل التباين والتصميم التجريبي العاملي لدرجة العصابية ككل "من خلال التحليلات التي أجريت لحساب درجة العصابية تبين أن الإناث أكثر عصابية من الذكور - والمعروف أن الأنثى أكثر حساسية من الذكر. وتفترض ظروف التنشئة الاجتماعية والظروف التربوية مزيدا من القيود والقسر على الأنثى أكثر مما تفرض على الذكر، كذلك فإنه يجد كثيراً من فرص النشاط الحر الاجتماعي والترويحي الذي يوفر فرصاً للتسامي لإعلاء دوافعه، وقد يرجع هذا الفرق الجوهري إلى التكوين البيولوجي للأنثى أو إلى اعتمادها على الذكر.

س : أيهما أكثر عصابية طلاب الدراسات النظرية أم طلاب الدراسات العملية" يدل فحص المتوسطات الحسابية على زيادة النزعات العصابية لدى طلاب الدراسات النظرية وقد يرجع ذلك إلى أن طبيعة الدراسات العملية تمتص وقت الطالب وطاقته، ولا تترك مجالاً للتأمل الذاتي، وكذلك فإن الطبيعة الفلسفية لبعض المواد النظرية قد تدفع الطالب للتفكير الذاتي النقدي والتأملي والاستنباط.

---

(1) فيصل عباس ص 129.

- أثر عوامل التفوق الدراسي في العصابية:

أن غير المتفوقين أكثر معاناة من العصابية عن المتفوقين دراسيا. وقد يرجع ذلك إلى أن الشخص المتفوق دراسياً يجد تعويضا إيجابيا في تفوقه الدراسي، فإن دل التفوق الدراسي على ارتفاع الذكاء يساعد الفرد على حل ما يقابله من مشكلات وأزمات، وقد يساعده الذكاء على التمتع بالتكيف النفسي الملائم أما المتأخر دراسياً فقد يرجع تأخره الدراسي إلى معاناة من العصابية والعكس صحيح."عبد المنعم المليجي - حلمي المليجي 1971".

أثر طول القامة نزعة عصابية:

تبين أن قصار القائمة أكثر معاناة من العصابية ككل من طوال القامة، وفي تفسير هذا الفرق نستطيع أن نفترض أن طول القامة يتصل بالشعور بالثقة في النفس وفي نيل احترام وتقدير الناس وربما أكثر عن القصر.

أثر مستوى الدخل في النزعة العصابية:

أن مرتفعي الدخل أكثر معاناة من العصابية عن منخفضي الدخل وأجريت كثير من البحوث التي تؤكد على انتشار العصابية بين أبناء الطبقات الوسطى.

أثر ثقل الوزن على العصابية ككل:

أن ثقيلي الوزن أكثر ميلاً للعصابية من أصحاب الوزن الخفيف.

أثر حجم أسرة الطالب على نزعاته العصابية:

أن أرباب الأسرة الصغيرة أكثر معاناة من العصابية ككل عن أرباب الأسر الكبيرة، ربما لأن صغر عدد الأفراد يجعلهم يشعرون بالضعف[1]

---

[1] عبد الرحمن العيسوي 1990 ص 60-63.

المصادر

1- أبو زيد، إبراهيم أحمد (1987)، سيكولوجية الذات والتوافق، دار المعرفة الجامعية - إسكندرية.

2- أحمد، نعيمة عبد الكريم، (1992)، أسس علم النفس. دار الفكر الجامعي الإسكندرية.

3- الطويل عبد العظيم، على عبد السلام، (1991)، محاضرات في علم النفس العام، محطة الجامعي الحديث، الإسكندرية.

4- المليجي، عبد المنعم، حلمي المليجي، (1971)، النمو النفسي، دار النهضة العربية - بيروت، ط الخامسة.

5- اليد، عبد الحليم محمود، (1990)، علم النفس العام، جامعة القاهرة.

6- دويدار، عبد الفتاح محمد، (1992). الأساس البيولوجي والفيزلوجي للشخصية، دار المعرفة الجامعية إسكندرية.

7- عبد الخالق، أحمد محمد، (1991). أسس علم النفس، دار المعرفة الجامعية - الإسكندرية.

8- كونز. E.M Coles (1992) المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، دار المعرفة الجامعية - إسكندرية.

9- معوض، خليل مخائيل، (1983)، قدرات وسمات الموهوبين، دار الفكر الجامعي - إسكندرية.

10-وينتج، أرنوف، (ب ت)، مقدمة في علم النفس، دار مكجروهيل للنشر.

الفصل الثاني عشر

الحالات العصابية والوجدانية
والأمراض النفسية والعقلية

الفصل الثاني عشر

الحالات العصابية والوجدانية
والأمراض النفسية والعقلية

تعريف الهستيريا:

1- الهستيريا مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة وهي عصاب تحولي تتحول فيه الانفعالات وقد اشتق هذا الاسم من اللفظ الإغريقي HYSTERA أي الرحم، لأن الفكرة التي كانت شائعة في ذلك الوقت أن هذا المرض يصيب النساء بسبب انقباضات عضلية في الرحم وقد ثبت خطأ ذلك، ولكن المصطلح ما زال مستخدما وهناك مصطلح عربي مقابل للفظ الهستيريا وهو الهرع وقد وجد أن معظم الأمراض الهستيرية ذكرت في كتاب قدماء المصريين إلا أنهم وضعوها تحت أمراض الرحم[1].

2- الهستيريا: هو مرض نفسي يتميز بتحويل الصراع النفسي إلى صورة اضطرابات فسيولوجية ومركبة دون أن تكون هناك علل عضوية يمكن أن تسبب هذه الاضطرابات أو هي مجموعة من الاستجابات الشاذة ذات المنشأ النفسي والجسمي والتي تظهر لدى الشخص ابتغاء تحقيق ربح يجنبه من ورائها كالهرب من موقف صعب أو الحصول على عطف الناس[2].

3- وتعرف الهستيريا عادة بأنها مرض عصبي يتميز بظهور أعراض وعلامات مرضية بطريقة لا شعورية، ويكون الدافع في ذلك الحصول على المنفعة الخاصة أو جلب الاهتمام والهروب من موقف خطير أو لحماية الفرد من الإجهاد الشديد وعادة ما يوجد هذا المرض في الشخصية غير الناضجة انفعالات مع

---

(1) (د. حامد عبد السلام زهران) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ص 411.
(2) (عمر محمد التومي الشيباني) الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب ص 280.

القابلية إلى الإيحاء[1].

4- الهستيريا اضطراب عصبي ليس من الضروري أن يتميز بالسلوك الهستيري الشائع كالصراخ أو الضحك بل ميزته الرئيسية التفكك العقلي Mentaldissociation وتعدد الشخصيات Multiplepersonality (الذي وصل في أحدث الحالات المشهورة إلى خمس شخصيات مختلفة) كما يتميز بالاختلال Disturbance الواضح في النشاط العقلي[2].

القلق والهستيريا التحويلية:

وفيما يتعلق بالعلاقة بين الهستيريا التحويلية والقلق فلقد لوحظ أنه عندما تشفى الأعراض الجسمية المصاحبة للهستيريا التحويلية تعود حالة القلق للمريض وفي بعض الحالات العقلية تستمر أعراض القلق مع أعراض الهستيريا التحويلية ولكن في هذه الحالات تزاح أو تنقل مشاعر القلق من مواقعها الأصلية وتصبح مرتبطة ببعض المخاوف أو بعض النوبات كالخوف من فشل نبضات القلب ولقد أطلق فرويد على هذه الحالات الهستيريا القلقية أو الهستيريا الحضرية وتعدد حالة القلق عندما يحدث ما يمكن أن نسميه العلاج أو العلاج على كل معجزة مثل 'العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي أو عودة الإيمان. ذلك لأن مريض الهستيريا معروف بشدة قابليته والتأثر بالأفكار التي يوصى بها إليه لإقناعه وذلك عن طريق الشخصيات القوية أو ذات النفوذ والسلطة كل هذا يزيل القلق فإذا تم شفاء يد مريض "المشلولة" سرعان ما انتقل الشلل إلى قدميه وذلك إذا تم العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي السريع مثلاً[3].

خصائص الهستيريا:

يتميز هذا المرض بأعراض جسمية وحركية كالأعمى الهستيري والشلل

---

(1) (محمد جاسم العبيدي) في الشخصية والصحة النفسية، ص 82.

(2) (كمال الدسوقي) الكاتب الأول - علم الأمراض النفسية، ص 245-246.

(3) د. عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر النفسية والعقلية والسيكوماتية، لكلية الآداب، جامعة الإسكندرية 1989،/ دار المعرفة الجامعة ص 88.

الهستيري والاضطرابات التي تعتبر الدورة الدموية وهذا الاضطراب في الأعضاء يرجع إلى علة نفسية أكثر منها عضوية وتتميز الشخصية الهستيرية بصفات واضحة كإيثار النفس وعدم القدرة على إصدار الأحكام والتهرب المستمر أصابت الهستيريا إحدى الفتيات في المدرسة مثل نوبة تشنج هستيري ففي العادة تنتشر هذه الأعراض عند باقي الفتيات وتسمى بالهستيريا الجماعية.[1]

والمصاب بالهستيريا يعاني من صراع عاطفي كما أن مرض الهستيريا غالباً ما يظهر في شخصية هستيريا سماتها حب الذات والميل للاستعراض واللامبالاة الساحرة[2].

كما تبين أن سمات (الشخصية الهستيرية) أو من خصائص الشخصية الهستيرية إنها لا تتعادل إلا قليلاً بالسن وقد وجد أن الهستيريين المسنين لا يقبلون عادة حقيقة نقدهم في السن أو اقترابهم من الموت ويستخدمونه بحرية عمليات الإنكار والكبت[3].

مع تحمل المسئوليات مع أنها شديدة الحساسية كثيرة القلق بارزة المخاوف تثيرها وتسودها التوافه فيستسلم المريض لنوبة من الضحك المفاجئ أو البكاء من غير سبب ظاهر ومعقول وهو سهل القيادة يتقبل آراء الغير بدون مناقشة[4].

كما أن خصائص الهستيريا تظهر عند الأطفال وهي الهستيريا التحويلية Conversion والانفصالية Dissociation المعروفة ولكن القاعدة هي هستيريا الأطفال. إن الأعراض البسيطة شائعة لكن الأعراض الشديدة نادرة الحدوث وإن حدثت الهستيريا فإنها تكون لفترة قصيرة أو مؤقتة وعادة ما يصاحبها أعراض نفسية أخرى مثل الاكتئاب أو القلق النفسي.

---

(1) د. عباس محمود عوض – المدخل إلى علم النفس، النمو والطفولة، المراهقة، الشيخوخة، 1995، ص 134.

(2) د. حلمي أحمد حامد – مبادئ الطب النفسي الطبعة الأولى 1991 ص 51.

(3) د. سعد جلال، في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات سلوكية ص 159.

(4) د. محمد مصطفى زيدان، النمو النفسي للطفل المراهق – منشورات الجامعة الليبية 1972، ص 286.

كما أن الهستيريا قد توجد بصورة جماعية.

أسباب الهستيريا:

1- تلعب الوراثة دوراً ضئيلاً للغاية، بينما تعلب البنية الدور الأكبر ويرجع بافلوف Pavlov وأنصار التفسير الفسيولوجي الهستيريا إلى ضعف قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي وعادة ما يكون المريض الهستيري ذات تكوين جسمي نحيف واهن.

2- ومن الأسباب النفسية: الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية والصراع الشديد بين الأنا الأعلى وبين لهو (وخاصة الدوافع الجنسية) والتوفيق عن طريق العرض الهستيري و الإحباط وخيبة الأمل في تحقيق هدف أو مطلب والإخفاق في الحب والزواج غير المرغوب فيه والزواج غير السعيد والغيرة حيث يلاحظ أن نظرية فرويد عن الهستيريا هي أساس نظرية التحليل النفسي وقد أخذ فرويد مثلاً حالة الآنسة (دور) التي كانت تحب طالب وعدها بالزواج وأخلف فأصيبت بالشلل الهستيري.

3- كون أحد الوالدين شخصية هستيرية فيأخذ الطفل عنه (إكساباً) سمات الشخصية الهستيرية

4- ومن الأسباب المعجلة أو المباشرة فشل في حب أو صداقة عنيفة أو التعرض لحادث أو جرح أو حرق... الخ[1].

5- وفي دراسة إحصائية لحالات الهستيريا من جوانبها المتعددة الوراثة الشخصية الأمراض العضوية الأعراض السريرية العلاج المصير وجد العالم النفساني البريطاني (البرت سليترا) في عامي 1961-1965 وجد أنه العلاقة بين الوراثة والتاريخ الأسري للهستيريا لا يسير حسب أي تسلسل علمي معروف أي انه مضطرب النسق والارتباط المنطقي.

---

[1] د حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية ص413.

6- أن بعض مرضى الهستيريا يعانون من أمراض عضوية في الجهاز العصبي كصراع وتخريب عضوي في الدماغ[1].

- وقد كان شاركوت Charcot أول من درس الحالات العصابية في عدد كبير من الأفراد في أواخر القرن التاسع عشر فهو الذي بين أن الأعراض الهستيرية يمكن إيجادها وإزالتها بالإيحاء في رأيه أن الهستيريا تعود أسبابها إلى ضعف الجهاز العصبي وهذا الضعف يهيئ الفرد للاكتئاب ولم يرى أن الأسباب النفسية أساسية في هذا المرض ويرجع الفضل إلى جانيت Janet في إظهار الأسباب النفسية لهذا المرض ففي رأيه أن الهستيريا ما هي إلا ردود أفعل خاطئة مكتسبة وتعود الأعراض الأساسية فيها إلى تغلب اللاشعور على الشعور[2].

نظرية فرويد في الهستيريا

أما نظرية فرويد في الهستيريا فكانت مختلفة فلم يعتقد فقط بأن الأعراض لها أسباب نفسية بل أن مصدر الأعراض يظل خفيا على المريض وأن السبب في عجز المريض عن استرجاع الأسباب، يمكن في أن الذكريات غير السارة يكبتها في اللاشعور، ولكن لابد من وجود منفذ أو مخرجات ولذلك يبحث المريض عن منفذ غير مباشر في شكل آلام حسية وهذا هو السبب في استخدام فرويد التنويم المغناطيسي كمنهج للعلاج، وبعد ذلك تحول إلى منهج التداعي الحر وبعد أعمال هؤلاء العلماء لم يحدث تطور يذكر في فهم الهستيريا والاضطرابات المتصلة بها وذلك طوال فترة كبيرة من الزمن، ولكن خلال العقد الأخير من هذا القرن حدث بعض التقدم، فلقد أكدت (كارين هورني) على العامل الثقافي في نمو الهستيريا والأعصبة الأخرى. فلقد أكدت على العداوة كسمة ناتجة عن الصراعات الثقافية وعن دورها في إحداث السلوك العصابي.

---

(1) د محمد فخري الدباغ - أصول الطب النفساني - دار الطباعة بيروت - الطبعة الأولى، بغداد 1974، ص 124.

(2) د سعد جلال - في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ص 159.

فلقد تحدثت هورني عن القلق كشعور بالعجز، وبأن الإنسان لا حول لـه ولا قوة في مواجهة عالم ملـيء بـالعدوان ويشـبه اتجـاه (كامـيرون) اتجـاه (هورنـي) نحـو الهستيريا والأعصبة الأخرى، فيما عدا أنه يؤكد على العامل التعليمي أكثر مما فعلت هورني[1]

كما نلاحظ أن نظرية (فرويد) عـن الهسـتيريا هـي أسـاس نظريـة التحليـل النفسي، وقد أخذ فرويد مثـلاً حالـة الآنسـة دور الـتي كـانت تحـب طـالب وعدهـا بالزواج وأخلف فأصيبت بالشلل الهستيري[2].

أعراض الهستيريا:

إن أعراض مرض الهستيريا كثيرة ومتعددة وهي تضم مجموعة مـن الأمـراض البدنية ومثل الأعراض الحركية والحسية وكذلك مجموعة من الأعراض العقلية مثل أعراض واضطراب الوعي والذاكرة.

أعراض الهستيريا الحركية وتشمل:

1- شلل هستيري أحادي أو نصفي أو مزدوج ومن النادر أن يحدث شلل الوجـه في الهستيريا.

2- حركات لا إرادية هستيرية مثـل رعـاش ومغـص واختـلاف حركـات أخـرى لا إرادية.

3- مشية هستيرية، يمشي المريض بطريقة خاصة وشاذة مترنحاً أو متمايلاً.

4- لا خطوة ولا وقفة هستيرية لا يستطيع المريض الوقوف من السرير أو المشـي في غياب سبب عضوي.

5-خرس هستيري لا يستطيع المريض الكلام لكنه يستطيع الكتابة.

---

(1) د. عبد الرحمن العيسوي – أمراض العصر والأمراض العقليـة والسـكوماتية، 1989، ص 116.

(2) محمد مصطفى زيدان – النمو النفسي للطفل المراهق – منشورات الجامعة الليبيـة 1972، ص 286.

6-حبسة صوت هستيرية لا يستطيع المريض رفع صوته عن الهمس لكنه يستطيع السعل بصوت عال.

أعراض الهستيريا الحسية وتشمل:

1- فقدان الحس وفقدان الإحساس بالألم.

2- آلام هستيرية يعاني المريض من آلام بجسمه في غياب سبب عضوي أو يبالغ في الإحساس بألم عضوي حقيقي.

3- عمى هستيري.

4- صم هستيري.

أعراض الهستيريا الحشوية:

وتشمل القيء وضيق التنفس، وفرط التنفس مع التهاب لدرجة حدوث تشنجات توترية، وصعوبة البلع المحدد بالحلق، وتسمى لقمة هستيرية.

أعراض الهستيريا العقلية:

وتضم مجموعتين من الأعراض نتيجة لاضطراب الوعي والذاكرة:

1- أعراض اضطراب الوعي الهستيري مثل المشي أثناء النوم والشراد والتجول اللاإرادي.

2- أعراض اضطراب الذاكرة الهستيرية مثل: فقدان الذاكرة الشراد، الشخصية المزدوجة والتخريف يوجد صنفان من فقد الذاكرة الهستيرية.

الصنف الاول: كامل ويشمل فقدان الذاكرة لحياة المريض السابقة.

مثل حدث معيب مشحون بالعواطف كما أن أعراض الهستيريا لا توجد كلها مجتمعة في مريض واحد ومعظم أعراض الهستيريا يكون تقليداً للأعراض العضوية وقد تنتقل أعراض الهستيريا بطريقة الإيحاء والتقليد من شخص آخر بينه وبين المريض ارتباط عاطفي ويلاحظ على المريض اللامبالاة وعدم الانفعال والهدوء النفسي وهو يتحدث عن أعراض مرضه (لأن العرض الهستيري يزيل المرض النفسي ويحقق للمريض هدفه اللاشعوري من المرض وفيما يلي أهم أعراض الهستيريا:

1- الأعراض الحسية الصمت الهستيري، الصمم الهستيري، فقدان حاسة الشم.

2- الأعراض الحركيــة: الشـلل الهسـتيري (النصفـي أو الطـرفي أو في الجـانبين أو العقل) الرعشة الهستيرية والتشنج الهستيري والصرع الهستيري عقل العضـل (خاصة في اليد وخاصة في الكتابة وهو ما يسمى عقل الكتابة، وفقدان الصوت أو النطق أو الخرس الهستيري.

3- الأعراض العقلية:اضطـراب الوعـي، الطفليـة الهسـتيرية (السـلوك أو التكلـم كالأطفال).

4- الأعراض العامة: المرض عند بدايـة المدرسـة أو عنـد الامتحانـات ردود الفعـل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة، المرض بمرض عزيز مـات بـه المريـض كامتداد تاريخي لمرض عضوي سابق[1].

يلاحظ من هذه الأعراض أن يفقد العضو المصاب القدرة الوظيفيـة أن هـذه الأعراض ليس لها أساس عضـوي، كالشـلل الهسـتيري الـذي يصيـب الفتـاة، يـوم زواجها من الرجل الذي تكرهه، والصمت الهستيري الذي يصيب بعـض الطـلاب في اليوم المعين لامتحانهم فيعفيهم هذا الصمت من حضور الامتحان وبالتـالي مـن تأنيب الضمير ولوم والديهم.

ويجدر الإشارة إلى أن أعراض هـذا العصـاب ليسـت مصطنعـة فـالآلام الـتي يعانيها المريض فعلا ويعايشها ولا يتصنـع فيـها الإدعـاء أمـا الهسـتيرية الانفصاليـة Dissociation htsteri فهي تشمل على مجموعة من الأمراض منها:

1- فقدان الذاكرة Amnesia.

2- التجوال النومي Somnampolism.

3- الهجح الهستيري Hysteicalfugue[2].

---

(1) د حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، كلية التربيـة جامعـة عـين الشمس ص 414.

(2) د عباس عـوض - علـم النفـس الاجتمـاعي - أسـتاذ علـم النفـس المسـاعد بجـامعتي الإسكندرية، بيروت.

ومجوعة أعراض الهستيريا خليط لا حصر لها من الصدمات الطفلية، يشير إلى حياة انفعالية مثقلة بالكبت والصراع - الأمر الذي يؤدي إلى تنمية الكبت ذاته بسهولة جداً كوسيلة دفاعية فكيف القلق الشعوري عن أن تصلح وسيلة تخفيف التوتر، ويبقى الباب مفتوحا لظهور الأعراض الجسمية المشار إليها والتي سترد بالتفصيل مع بقية أنواع الأعراض بعد تحليل هذه الحالة النموذجية التي أوردها وليم براوت(1938) للهستيريا كتحلل في الشخصية دافعه الصراع العقلي والكبت. والحالة هي جندي (براوت) في مستشفى عسكري عند نهاية الحرب العالمية الأولى في السابعة والأربعين من العمر، غير متزوج، وقد انتابتهُ الهستيريا ثلاث مرات في هذه الفترة من حياته الأولى وهو في السادسة والعشرين، والثانية وهو في السادسة والثلاثين، والثالثة قبل أن يراه هو بشهر أو شهرين.

عندما التقى به كان يعاني من فقدان ذاكرة Amnesia شنيع، فلا يذكر إلا قليل جداً مما حدث له خلال الحرب، كما كان يعاني ضعفا في ساقيه، وميلا إلى فقدان الحساسية أو التخدر Anaestbesia (التميل) خصوصا في ساقه اليمنى، وتململاً قاطعاً أيضاً لكل شخصيته تمثله حالات الأحلام وحالات الشرود الذهني Distraction وعدم القدرة على تركيز الذهن فيما يواجهه من أمور ويقول (براوت) أنه سوف يعرض الحالة وفقاً لتقدم وصوله إلى تشخيصها لا يترتب حوادثها فكل ما كانت تقول صفحة المريض الطبية عندما رأى أنه أصيب بنوبة هستيرية فقد معها الوعي لبعض الوقت[1].

ويمكننا اعتبار الشرود (التجوال) وفقد الذاكرة من الأعراض السريعة الشفاء ومن الأعراض التي يصعب علاجها الشلل والآلام الجسمية وقد تابع العالم السويدي (لوزحرج) لمدة 15 عاما 381 حالة هستيريا ووجدان حوالي 38٪ من الحالات ما زالت تعاني من بعض الأعراض وقد ذكرت بعض الأبحاث أن نسبة الشفاء بين النساء 40٪ وبين الرجال 52٪ [2]

(1) كمال الدسوقي - الطب العقلي والنفسي، ص 246-247.

(2) محمد جاسم العبيدي - في الشخصية والصحة النفسية، أستاذ علم النفس المساعد كلية التربية جامعة صنعاء 1993، ص 85.

أنواع الهستيريا:

أ- نوبات الهستيريا: وهي نوبات تشنجية شبيهة بما يحدث في حالات الصرع وكثيراً ما تبدو هذه الحالات للملاحظة عديم الخبرة وكأنها حالة من حالات الصرع إلا أنها تختلف عن الصرع في شيء هام وهو ما أن المريض يشعر بما يحدث له أو يدور من حوله أثناء النوبة الهستيرية إلا أنه لا يستطيع التعبير شفهياً أو بالإشارة في حين يفقد المريض الصرعي وعيه تماماً أثناء النوبة الصرعية الكبرى ولا يعي بما يدور من حوله.

ب- الهستيريا القلقية: وتأتي على هيئة شعور بالمخاوف والقلق.

جـ- الهستيريا التحويلية: وتهدف إلى التغلب على بضع الصراعات الداخلية لدى الفرد عن طريق تحويل الانفعالات إلى أعراض جسمية كالعمى والشلل والصم الهستيري.

د- الهستيريا الانفصالية (التفككية): وتقتصر هذه الحالة في أعراضها على الجانب النفسي السلوكي كالنسيان مثلاً دون ظهور أعراض جسمية أخرى ونتيجة الشخص في هذه الحالة وبطريقة لا شعورية إلى إنكار أي من نشاط وكأنه لم يقم به كما في حالة فقدان الذاكرة وقد تستمر هذه الحالة من بعض ساعات إلى بضعه أشهر يفقد الشخص خلالها هويته ومهاراته ولكنه لا ينسى لغته بالطبع[1].

وفي الهستيريا التحويلية Conversion Hysteria نجد أن المريض يشكو من آلام جسمانية تنتقل من عضو من جسمه وهذه الأعراض تكون حسية كالعمى أو القيء فقدان الحساسية في جزء من أجزاء جسمه أو شلل في الأطراف أو فقدان القدرة على الكلام. ويمكن القول أن الاحتماء بالمرض هو الحالة الدفاعية في هذا العصاب وتجنب الفرد مواجهة موقف صعب عسير عليه أما الهستيريا الانفصالية Dissociatinhy فهي تشمل على مجموعة من الأعراض منها فقدان الذاكرة Amnesia والتجول النومي Somnampolis والهجج الهستيري Hysterical Fugue.

---

(1) د. رمضان محمد القذافي - الصحة النفسية والتوافق ص 129.

1- فقدان الذاكرة Amnesia: النسيان ففي فقدان الذاكرة تضطرب الحياة العقلية الشعورية فتسيطر فكرة معينة على الفرد فتصل إلى جزء من حياته وتبقى على جزء آخر فينسى الفرد هذا الجزء وينسى معه شخصيته الحقيقية فلا يعرف شيئاً عن اسمه أو محل إقامته أو عائلته أو يفقد هويته Lossofldentity وهو يظل يتصرف بطريقة آلية شاعراً بأنه قد فقد شيئاً، فتجده كالتائه يبحث عن شيء لا يعرفه وليس محدداً في ذهنه فإذاً هذه الحالة رغبة عارمة في الهرب فقد يعثر على هذا الفرد جائلاً هائماً دون هدف في مكان ناءٍ عن محل إقامته وإذا ما فطن إلى نفسه فجأة نسي كل ما يمت إلى ما حدث له بصلة وبذلك نجد أن فقدان الذاكرة أو النسيان إذا صاحبها رغبة في الهرب وصلت بالفرد إلى حالة التواهن أو الهجج وبذلك يتأكد أن الحيلة الدفاعية هنا هي الهرب الفعلي الذي يحقق للفرد البعد عن موقف لا يستطيع مقابلته وبذلك يخفف من التوتر الذي يعانيه.

2- التجوال النومي Smnampolis: شائع بين المراهقين متحمل الحدوث للأطفال والراشدين أكثر شيوعاً بين الذكور منه لدى الإناث فالتجوال النومي ما هو إلا حلم حقيقي يشبع فيه المريض رغباته المكبوتة ويحل فيه مشكلاته المعلقة والتي يعاني منها، فها هي فتاة تقوم من نومها وببحث حالتها تبين أن هذا الفستان فستان أمها التي توفيت في حادثة أثناء عودتها من أمها، فتقوم بهذا السلوك في تجوالها النومي والمريض هنا يكون مفتوح العينين أثناء هذا التجوال لكنه عندما يصحو ينسى هذا التجوال النومي وما حدث فيه.

3- الهيجان الهستيري Hysterical: التوهان حيلة لا شعورية تظهر عندما يعيش الفرد التوتر والقلق فتدفع به هذه المشاعر للهروب من هذا المأزق ويكون هروبه هروباً حقيقياً فينسى الموقف ويغادر المكان فيتخلص وقتيا من الموقف فترى المريض قد ترك أسرته مثلا وذهب إلى مكان آخر غير ذلك الذي يقيم فيه فاتخذ اسماً مختلفاً بل يطول به التوهان فيكون أسرة ثم فجأة ينسى هذا الموقف الجديد بكل ما فيه ويتذكر اسمه القديم ومعيشته القديمة ويرى أنه غريب في

الموقف الجديد ولا يتذكر كيف حدث ما حدث وكيف جاء إليه[1].

ويطلق البعض على اسم الهستيريا التحويلية Hysteriaconversion أو (رد فعل التحويل) Oncversionreaction أي التي تعني تحويلاً جسمياً لأمور نفسية نظراً لأنها تعتمد على حلية دفاعية نفسية أساسية هي التحويل حيث تتحول الانفعالات والصراع كأعراض جسمية كحلى رمزي للصراع[2].

كما أن فرويد كان يطلق هذا الاصطلاح على التحويل الحقيقي لطاقة المريض الجنسية إلى أعراض مرضية.

التي كانت في جوهرها رمزية أو كانت تمثيلا رمزياً للدفاع المكبوت ولكن ليس من الضروري أن تكون ردود الفعل التحويلية معزات إلى أسباب جنسية كما ذهب فرويد.

والحقيقة الثانية أن الأعراض التحويلية تساعد في خفض قلق المريض عندما تعجز حليته الدفاعية الأخرى عن التأثير وتمتاز الأعراض في الهستيريا بفعاليتها بقلق المريض.

وبطبيعة الحال فأن أعراض الهستيرية التحويلية سيكولوجية في شأنها وليست عضوية.

الهستيريا التفكيكية: تتضمن الهستيريا التفككية الكثير من الأعراض ومن أكثر الحالات جذباً لانتباه الرجل العادي حالات فقدان الذاكرة لأن في ذلك تحقيقاً من وطأة القلق الذي يعاني منه وكثيراً تصاحب حالة الهروب حالة فقدان الذاكرة وفيها ينسى الإنسان من هو ويهرب من مواقف الحية المهددة أو التي تهدده.

وفي أثناء الهروب يصبح المريض مضطربا وفي حالة دوخان وعندما يصل إلى نهاية رحلته بعيداً عن منزله ليجد نفسه عاجزاً عن تذكر من يكون أو من أين أتى.[3]

---

(1) د. عباس محمود عوض، في علم النفس الاجتماعي، ص 185، 186، 186.

(2) د. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي - الطبعة الثانية ص412.

(3) د. عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر والأمراض النفسية والعقلية والسيكوماتية ص 105، 107، 108.

علاج الهستيريا:

1- العلاجي النفسي: نتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها وقد يستخدم الأخصائي التنويم الإيجابي لإزالة الأعراض ويلعب الإيحاء والامتناع دوراً هاماً هنا ويستخدم التحليل النفسي للكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض والدوافع اللاشعورية ورائها ومعرفة هلف المرض.

2- الإرشاد النفسي للوالدين والمراهقين كالزوج أو الزوجة وينصح بعدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط لأن ذلك يثبت النوبات لدى المريض لاعتقاده أنها هي التي تجذب الانتباه إليه.

3- العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي: بتعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فها المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتحسن حالته.

4- العلاج الطبي للأعراض: وفي ذلك أيضاً حفظ لما وجه المريض ويستخدم علاج التنبيه الكهربائي أو علاج الرجفة الكهربائية.

ولا يعالج مرضى الهستيريا بإدخالهم المستشفى أو إعطائهم أية مزايا تزيدهم تعلقاً بالمرض بل تهيئ لهم بيئة العلاج الصالحة في منازلهم ومحل عملهم بالتعاطف معهم حتى يقفوا على حقيقة أعراضهم ولا مانع من اللجوء أحياناً للعلاج التنويمي لخلق حالات الصحة النفسية التي تتعادل مع نوبات المرض وتتغلب عليها في النهاية ويعطي المريض في نفس الوقت جرعات من أدوية الكافايين والبروميد تتناسب مع حالته كما يعطي جرعات صغيرة من الكلور برومازيت ومازين والنوزينان "nozinan" والمسكنات الأخرى وبالنظر إلى أن الاستجابة الهستيرية تصيب علاة الضعاف من الجسم كما قلنافمن المفيد إعطاء مقويات الفيتامين ج و ب أو مستحضرات الحديد والجولكوز وغيرهما كعلاج فيزيولوجي هذا إلى جانب الأدوية من السوائل والحقن المقوية والشافعية للانقباضات العصبية في حالات الصمم والعمى والشلل الهستيرية وفي اضطرابات الكلام التي يجمعها اسم Loqoneuroses كالتمتمة stuttennq مما د يصاحب الاستجابة الهستيرية.

كما يلاحظ أن حوالي 50٪ من مرضى الهستيريا يتم شفاؤهم تماماً مع العلاج

المناسب وأن حوالي 30٪ يتحسنون تحسنا ملحوظاً وأن حوالي 20٪ يتحسنون تحسنا بسيطا أو تستمر معهم الأعراض وعلى العموم يكون حال الهستيريا أفضل كلما كان بدء المرض فجائيا أو حادا واستمر لمدة قصيرة قبل بدء العلاج كلما كان المكسب من وراء المرض ليس كبيرا وكلما كانت العلاقات الشخصية والأسرية سليمة نسبيا كلما كان المريض متوافقاً مهنياً ويروى في تاريخ الطب العربي كيف نجح جبريل بن بختشوع طبيب هارون الرشيد في علاج جارية من الشلل الهستيري بأن تظاهر فجأة بأنه سيخلع عنها ملابسها أمام الناس فانتفضت الجارية لهذه الصدفة المفاجئة ومدت يدها لتمسك طرف ثوبها فزال ما كان بها من شلل هستيري[1].

وان علاج الهستيريا يتلخص بما يلي:

1- الكف عن العوامل اللاشعورية العميقة المسببة للأعراض ويمكن ذلك عن طريق العلاج النفسي أو أحياناً في حالات فقدان الذاكرة أو الصوت تحت تأثير مخدر يعطي تحت إشراف مختص في حقنة في الوريد مثل (المبتدرين) أو (اتيال الصوديوم) أو استئناف غاز ثاني أكسيد الكربون في الأكسجين وذلك لتسهيل عملية التفريغ لدى المريض.

2- الإيحاء بالشفاء وحل الصراعات النفسية بطريقة غير مباشرة دون أن يأخذ المعالج دور الواعظ أو المرشد بل يجب إعطاء المريض الفرصة لتكوين آرائه وحلوله.

3- يلجأ أحياناً إلى الإيحاء بواسطة المنبهات الكهربائية على المخ أو على الطرف المشلول وخاصة في حالة انعدام الإحساس والشلل أو فقد الصوت.

4- العلاج الكيميائي لتخفيف حالات القلق والاكتئاب المصاحبة للأعراض الهستيرية وعلينا أن نكون حذرين من الأعراض الجانبية.

---

(1) كمال الدسوقي، الطب العقلي والنفسي، (علم الأمراض النفسية) ص 258، 259.

5- لا تعطي الصدمات الكهربائية لعلاج مرض الهستيريا ولكن أحياناً في مرض الهذيان أو الغيبوبة الهستيرية نلجأ إلى صدمة واحدة لإنهاء المرض ثم يبدأ العلاج النفسي بعد ذلك، كذلك لا ضرورة لجراحة المخ في الأعراض الهستيرية[1].

وجهات المنظر الإكلينيكية في الهستيريا:

إن شاركوت Charcot أول من درس الحالات العصابية النفسية في عدد كبير من الأفراد في أواخر القرن التاسع عشر الذي بين أن أعراض الهستيريا يمكن إيجادها وإزالتها بالإيحاء وفي رأيه أن الهستيريا تعود أسبابها إلى ضعف الجهاز العصبي وهذا الضعف يهيئ الفرد للاكتئاب ولم يرى أن الأسباب النفسية أساسية في هذا المرض ويرجع الفضل إلى جانيت في إظهار الأسباب النفسية في هذا المرض ففي رأيه أن الهستيريا ما هي إلا ردود أفعال خاطئة مكتسبة وتعود الأعراض الأساسية فيها إلى تغلب اللاشعور على الشعور[2].

2- ويقول بافلوف إن لدى المصاب بالهستيريا قشرة دماغية لحائية Cortex ضعيفة مع ضعف سائر الجهاز الإشاري الثاني Zndsig nalsyst مما يؤدي إلى عدم كفاءة الحال الأسفل Sudco rtex والجهاز الإشاري الأول وتتحول القشرة الدماغية السفلى في القاموس العصبي وموقع الانعكاسات غير الشرطية ومعظمها غرائز تمت طوال الأجيال فيكبت اللحاء مظاهر هذه الغرائز وفي ضعاف اللحاء من الأشخاص ربما تنفس الغرائز كبتها من استجابات دفاعية سلبية قد تأخذ أحياناً شكل إثارة مركبة "نوبة ارتعاشية" أو شكل كف حركي (غيبوبة هستيرية)[3].

3- ولقد استقر لدى فرويد أن أعراض الهستيريا راجعة إلى تجربة أليمة ذات جوهر جنسي ظهرت في طفولة المريض فلما منيت بالكبت استبعدت في عنف من الذاكرة فالقلق ومشاعر الإثم المرتبطة بالخبرة المكبوتة هي التي تؤثر في السلوك

---

(1) د محمد جاسم العبيدي، في الشخصية والصحة النفسية ص 85، 86.

(2) د. سعد جلال، في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات سلوكية ص 159 – 161.

(3) د. كمال الدسوقي – الطب العقلي والنفسي وعلم الأمراض النفسية ص 257.

الظاهر ولا يشعر المريض أي شعور بهذه القوى الدفينة ولكن جوهر الهستيريا لا يزال يميزها عن عصاب (عصاب القلق أو الخوف أو التسلط) هو فعالية الكبت والصراع اللاشعوري في أعماق النفس الأمر الذي يؤدي إلى تنمية الكبت ذاته بسهولة جداً كوسيلة دفاعية تكيف التوتر.

4- وجود العالم النفساني البريطاني (البوت سلتيرا) في عامي 1961- 1965 وجد أن العلاقة بين الوراثة والتاريخ الأسري للهستيريا لا يسير حسب أي تسلسل علمي معروف أي أنه مضطرب النسق والارتباط المنطقي[1].

الاكتئاب

أولا: لمحة تاريخية:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين وعند العرب [ابن سينا] وفي ألوان الشخصيات المكتئبة التي وردت في مسرحيات شكسبير وأخيراً في قصص القرنين الثامن عشر والتاسع عشر وأما الأبحاث التي تناولت هذا الاضطراب فيعود عهدها إلى القرنين الماضيين.

ميز إبقراط في قديم الزمان مالا يقل عن ستة أنواع من مرض الماليخوليا (الاكتئاب) غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاها لبعض هذه الأنواع يمكن أن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهان الاضطهاد وذهان الفصام والعصاب وفي القرن الأول الميلادي وصف اريشايوس هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذ محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب كما هو معروف حالياً. واستمر الخلط حول طبيعته وأسبابه وعلاجه على مر العصور.[2]

استخدام هذا المصطلح بوصف خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية أو انفعالية والتي قد تكون عرضا دالا على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي وجملة مركبة من اعراض معرفية ونزوعية (إرادية) وسلوكية وقفيولوجية بالإضافة

---

[1] علم الأمراض النفسية، كمال الدسوقي ص 246-254.

[2] د. سعد جلال، الصحة العقلية - دار الفكر العربي - القاهرة ص 225.

إلى الخبرة الوجدانية،وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعا وبخاصة في الطب النفسي كما إن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق أبعد من انتشار مفهوم المرض ليصبح [اضطراباً في الشخصية][1]

تعريف الاكتئاب:

هو حالة من انكسار النفس والكآبة والغم والهم والنكد والشعور بالذنب والقلق[2].

وإن أبسط تعريف يمكن أن نسوقه وهو أقرب إلى الوصف منه إلى التعريف هو: الاكتئاب هو اضطراب عاطفي يتمظهر بأعراض نفسية وبدنية سريرية تعكس مزاج المريض ومعاناته وتتدخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية وبيوكيميائية[3].

مفهوم الاكتئاب:

إن الاكتئاب النفسي مثل معظم أنواع الاضطرابات العقلية لا يتألف من صورة متميزة بل يكون اضطراباً تدريجياً مستمراً يبدأ بالحالات القريبة من السوية ويتدرج حتى يصل إلى حالات المرض العقلي التي تتطلب العلاج الطبي.

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الأعراض النفسية انتشاراً ويختلف هذا المرض في شدته من مريض إلى أخر ويشعر المريض بالاكتئاب بالأعراض التالية أفكار سوداوية، التردد الشديد، وفقدان الشهية، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات والمبالغة في تضخيم الأمور التافهة، والأرق الشديد، والشعور بأوهام مرضية، والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية[4].

---

(1) ترجمة عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي - ماجدة حامد حماد - حسن علي حسن المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي 1992، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ص 217.

(2) د. عبد الرحمن محمد العيسوي - باثولوجيا النفس، دراسة الاضطرابات العقلية والنفسية (1990)، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية ص 218.

(3) مصدر سابق محمد الحجار ص 84.

(4) د. مفتاح محمد عبد العزيز، المدخل إلى الصحة النفسية والعقلية، الطبعة الأولى، 2001، ص 267.

أسباب الاكتئاب:

العوامل المنحدرة الفاعلة في حدوث المتلازمة الاكتئابية هي:

1- العوامل العضوية:

أ- عامل الوراثة: يرى سلاتر إن الجين الصبغي الوحيد المسيطر (Single aut osomal Dominantgene) بنفوذية متناقضة له علاقة بالذهان الاكتئابي الهوسي (Manic depressiv psychosis).

ب- العوامل الكيميائية:

1- الأمينات الدفاعية: يرى أكرين أن النتائج العلاجية المثمرة بالأدوية المضادة للاكتئاب وبالصدمة الكهربائية وغيرها تؤكد دور العوامل الكيميائية الحيوية في حدوث متلازمة الاكتئاب.

2- الهرمونات الغددية - الصحية: نلاحظ اضطراب المزاج (العاطفة) في خلل وظيفة الجهاز الغدي. الصحي، مثلاً مرض ارسون متلازمة كوشنيك والأزمة المخاطية Nyxoedeme وما إلى ذلك.

وأيضاً الاكتئاب في أعقاب الولادة نتيجة الهبوط الشديد في مستويات البروجستيرون المصنع في المشيمة.

3-الشوارد: من المعروف أن كون العمل والراحة للخلايا العصبية والعضلية تسيطر عليها مستويات تركيز الصوديوم والبوتاسيوم وغيرهما من الشوارد.ولهذه الشوارد أيضاً تأثيراً على استقلاب مواد الثقل العصبية Neurotransmitters وقد أثبت كل من كوين وجماعته وجود اضطراب في الصوديوم والبوتاسيوم في اكتئاب الذهان أي زيادة الصوديوم داخل الخلايا ويستوي الصوديوم بعد الشفاء أما البوتاسيوم فتنخفض نسبته داخل الخلايا نتيجة لزيادة الصوديوم[1].

---

(1) مصدر سابق محمد الحجار ص52-86.

وجد أن هناك نسبة تتراوح من 10، 20٪ من أقارب الدرجة الأولى يعانون من الاكتئاب الثنائي.

أما دراسة التوائم العينية فكشفت عن وجود 70٪ من حالات الاكتئاب وهناك 23٪ فقط من التوائم الأخوية كانت تعاني من الاكتئاب الثنائي مثل هذه المعطيات تؤكد أهمية العامل الوراثي على القليل من الاكتئاب الثنائي.

أما بالنسبة للاكتئاب أحادي القطب وإن كانت الدراسات القليلة التي أجريت عليه تؤكد أهمية العامل الوراثي ولكنه ليس بنفس النسبة التي تؤكدها في حالة الاكتئاب الثنائي. العوامل العصبية والفيزيقية يعتقد أن الإشارة عن الحد والقمع والمنع الضعيف قد يؤديان إلى حالة المانيا وأن القمع الزائد قد يؤدي إلى الاكتئاب.

الجوانب الكيميائية الحيوية في الاكتئاب:

فنقص مستوى السروتونين قد يهيئ الفرد للإصابة بالاضطرابات الوجدانية علمة فالكمية القليلة منه تؤدي إلى الاكتئاب والكمية الكبيرة تؤدي إلى المانيا[1].

يرى المحللون النفسيون أن جذور الاكتئاب تكمن في فقدان عزيز في الطفولة خاصة الأم وتنفجر نوبات الاكتئاب أو الهوس نتيجة لهموم شخصية أو اجتماعية في البلوغ أما أخصائيون الطب العقلي من ذوي الخلفية البيولوجية فيعتقدون أن السبب اختلال التوازن في عملية الهدم والبناء التي هي وراثية. [2]

ذهان الاكتئاب:

هو اضطراب عقلي. تتناوب المريض فيه حالات من الاكتئاب والهبوط المعنوي والجسمي دون سبب واضح وأعراضه:

أ- أعراض اكتئابية: حيث يصحو المريض من نومه وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق ويبدأ في التحسن التدريجي وسط النهار.

---

(1) مصدر سابق ، عبد الرحمن محمد العيسوي، ص 227، 228.

(2) مصدر سابق، سعد جلال، ص 235.

ب- أعراض سيكولوجية نفسية: وتبدو في هيئة سرحان وعدم القدرة على التركيز والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات وشعور المريض بتفاهة ذاته.

ج- أمراض عضوية (فسيولوجية): اضطراب النوم حيث لا يخلد إلى النوم إلا لفترة قصيرة وفقد الشهية، الكسل العام الذي يصيب الجهاز العصبي والهضمي وباقي أجهزة الجسم مما يؤدي إلى نقص الوزن.

د- أعراض سلوكية: تبدو عليه سمة الحزن عيناه مرهقتين تبدو عليه علامات الامتعاض واليأس ويسير مقوس الظهر لا يستطيع رفع عينيه ويعتبر الانتحار من أكثر أعراض الاكتئاب خطورة وعادة يكون الانتحار مصاحباً لنوبة اكتئاب شديدة وقد يقتل المريض أفراد عائلته أو بعض منهم قبل أن يقدم على الانتحار لانقاذهم من هذه الحياة المظلمة وليس بدافع عدواني[1].

ذهان الهوس، الاكتئاب وأثره في الجريمة والجنوح

يمتاز مريض ذهان الهوس - الاكتئاب بالتذبذب أو التقلب الشديد في المزاج والانتقال من حالة الإثارة والنشاط الزائد والحيوية والحركة، إلى الاكتئاب والهبوط وفتور الهمة والحزن والكسل والتراخي وفيه تنتاب المريض نوبات من الهوس وكثرة وشدة الحركة والاندفاع ونوبات أخرى من الاكتئاب والحزن والسكون والخمول وفي نوبة الهوس قد يرتكب المريض جريمة هتك العرض أو السب والقذف العلني والقبح، وفي نوبة الاكتئاب قد ينتحر خلاصاً من أحزانه وآلامه وهمومه ومن المشاعر الوهمية الشعور بالذنـ ، وقد يقتل زوجته وأبناءه خوفاً عليهم من مستقبل يراه مظلماً وشاقاً[2].

الاكتئاب العصابي:

هو حالة من الحزن الشديد المستمر يعيش فيها الفرد دون أن يدري السبب الحقيقي لاكتئابه وهو بهذا يختلف عن الاكتئاب الطبيعي أو العادي والذي قد يكون

(1) د محمد السيد الهابط، دعائم صحة الفرد النفسية، (1978) المكتب الجامعي الحديث - الإسكندرية ص 130، 131.

(2) مصدر سابق، عبد الرحمن محمد العيسوي، ص325.

له مبرراً في الخارج والذي يطلق عليه أحياناً الاكتئاب التفاعلي أو الموقفي (Reactive depression) كما يختلف عن الاكتئاب الذهاني (Psychotic depression) الذي يتسم بالجمود الانفعالي وتحقير الذات والشخص الذي يعاني من الاكتئاب العصابي قد يصل في تشاؤمه وفي إحساسه بالشفاء وضعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الانتحار ولكن ليس عن نية صادقة ويخاف من الإقدام عليه والهدف هو إيقاع الألم بالآخرين ولفت أنظار المحيطين به لمزيد من الاهتمام وخدمته ورعايته، والواقع أن حالتي القلق العصابي والاكتئاب العصابي هما من أشيع حالات أساليب التوافق العصابية ويصاحبان جميع أنواع العصاب الأخرى تقريباً وجميع أنواع أساليب الدفاع النفسي كنتيجة حتمية لوقوع الفرد فريسة للصراع النفسي.

ومن البديهي القول بأن تواجد هاتين الحالتين يختلف في الدرجة في نوع العصاب دون آخر وبحسب شدة المواقف الصراعية الضاغطة والاستعداد الشخصي والنسيج النفسي للفرد[1].

يشير الاكتئاب العصابي إلى حالة من الحزن والبلادة والخمول أو جمود الحس ولوم الذات وهو أقل حدة من اكتئاب الذهان[2].

كيف نتجنب الاكتئاب:

قلنا إن العبوس هو رد فعل للواقع الخارجي بينما الاكتئاب هو رد فعل للخبرات المؤلمة التي ترسبت في أعماق اللاشعور والتي استلبت مقاليد الشخصية وأسرتها لنفوذها بصفة مستمرة بحيث تصرف المكتئب عن واقعه الخارجي فلا يعود يتفاعل بما يحدث حوله من أحداث تشيع السرور والبهجة لدى الشخص العادي. وعلى هذا نستطيع القول بأن المرء إذا ما أراد أن يحافظ على نفسه من الوقوع في براثن الاكتئاب فعليه أن يظل متشبثاً بالواقع الخارجي وأن يظل مرتبطاً به ومتفاعلاً

---

(1) د. مصطفى خليل الشرقاوي – علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية – بيروت ص289.

(2) مصدر سابق، عبد الرحمن محمد العيسوي ص 218.

معه وفق متطلباته المتباينة[1].

العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب:

قواعد عامة في استعمال العقاقير المضادة للاكتئاب:

1- اختيار الدواء المناسب يعتمد على خبرة الطبيب والمريض بالأدوية، ويعتمد أيضاً على التأثير العلاجي والجانبي لها وكذلك على نوع الاكتئاب وشدته.

2- يبدأ التأثير العلاجي لأدوية الاكتئاب بعد فترة خمول تمتد لأسبوعين في بداية العلاج.

3- جرعات الأدوية المضادة للاكتئاب تختلف من شخص لآخر، معظم الأدوية الحلقية لها تأثير طويل ويمكن وصفها في جرعة واحدة مسائية.

4- مداومة العلاج يعتمد على مسيرة المرض، لكن معظم الحالات يستمر العلاج بأدوية الاكتئاب لمدة شهرين إلى ثلاثة شهور ثم يبدأ التقليل التدريجي لكمية الدواء.

5- الأعراض الجانبية للأدوية المضادة للاكتئاب.

العلاج بالتحليل الكهربائي:

يعطي العلاج الكهربائي تأثيراً فعالاً وسريعاً في علاج الاكتئاب الذهاني خاصة في الحالات الحادة المصحوبة بالانتحار والاكتئاب المتهيج الذي يغلب فيه وجود أعراض بدنية.

العلاج النفسي:

يفيد العلاج النفسي السطحي في كل أنواع الاكتئاب خاصة الاكتئاب التفاعلي، من الطبيعي أن يلجأ الطبيب إلى مساندة المريض وطمأنينته وإظهار الاهتمام بحالته وإعطائه النصيحة.

---

(1) د.يوسف ميخائيل أسعد. المشكلات النفسية. دار النهضة مصر للطبع والنشر، القاهرة، ص 164.

جنون الهذاء Paranoia والتشخيص الإكلينيكي:

مرض عقلي من فئة الذهان. يتميز بوجود هذيان منظم مع احتفاظ الشخصية عادة بإمكانياتها العقلية دون تدهور ناتج عن استمرار فترة المرض. على سبيل المثال يظل ذكاء الفرد وذاكرته ومعلوماته دون أن يصيبها الضعف إلا في قلة من المرضى ويندر أن يحدث ذلك. ويلاحظ أن محور تصرفات المريض بجنون الهذاء يدور حول هذائه هذا الذي يعتقد تماماً في صدقه ولا يشك فيه لحظة. ويتخذ المريض في إمكانياته العقلية التي لم تتدهور ومن مظهره الخارجي السوي سنداً لتبرير صدق معتقداته الهذائية والدعوة بين المحيطين به لتصديقها ومؤازرة دعواه. وفي أغلب الحالات توجد لدى المريض هلاوس سمعية وبصرية. تؤيد هذاءاته وتسانده.

ولا ينبغي أن يشخص المريض على أنه مجنون بالهذاء إلا إذا كان الهذاء هو عرضه الرئيسي ومحور حالة جنونه. وعموماً ففئة مجنوني الهذاء قليلة جداً ونادرة بين المرضى العقليين (ربما تزيد عن 3٪ من نزلاء مصحات الأمراض العقلية ومستشفياتها) وقد تخدع الناس لفترة طويلة قبل اكتشاف مرضها. هذا على الرغم من أن الهذاءات عرض ينتشر في غالبية الأمراض العقلية الأخرى إلا أنه لا يكون العرض الرئيسي ولا يكون منظماً ولا مستمراً كما هو الحال في جنون الهذاء. ونسبة الشفاء بين مجنون الهذاء قليلة. ص 169، فرج عبد القادر طه[1].

جنون الاضطهاد أو ذهانات الاضطهاد Paranoid Psychoses:

يتضمن اصطلاح البارانويا معاناة المريض من الهذاء Delusion ويدور هذا الهذاء أو الهذيان حول الإلتزام أو حول العظمة ويوجد توهم المرض والتي يعتقد من خلالها المريض يعاني من كل أنواع الأمراض الفيزيقية وهناك صعوبة في التمييز بين البارانويا وفصام الاضطهاد فوجود الهلاوس يجعلنا نصنف المريض بأن حالته فصام اضطهاد وبدلاً من وصف حالته بأنها بارانويا وكذلك إذا لم تتفق تصرفات المريض

(1) معجم علم النفس والتحليل. تأليف د. فرج عبد القادر طه، محمود السيد أبو النيل، شاكر عطية قنديل، حسين عبد القادر محمد، العميد مصطفى كامل عبد الفتاح، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، الطبعة الأولى ص 169.

مع هذيانه أو إذا أعطي تفكيره سحب من الخلط وفقدان الاتجاه فإن الشخص يصبح فصاماً اضطهادياً.

ويمثل مرض البارونويا 1.5٪ فقط من مجموع نزلاء المستشفيات العقلية وذلك بسبب قلة المرض وكثير من الأطباء العقليين يفضلون وضع المريض في فئات أخرى مثل فصام الاضطهاد. ويوجد سبب آخر هو أن الشخص الهذائي لا تظهر عليه أعراض ذهانية أخرى ومريض البارانويا لا يأتي إلى المستشفى العقلية إلا في حالات نادرة وكذلك في الحالات التي يصبح فيها خطر على الأشخاص الذين يعتقد أنهم يوجهون له الاتهام ص 247-248[1].

أما ما يطلق عليه علماء الطب العقلي حالة اضطهادية Paranoid state وهي حالة نادرة وفق إحصاءات المستشفيات والعيادات النفسية وذلك لأن المريض يتعين ألا يظهر أي عرض سوى الهذاء المنظم أو المنتظم تنظيماً جيداً [2].

حيث يضطرب التشخيص إذا كان المريض يعاني من الهلاوس أو فقدان الاتجاه أو الذبذبة في المزاج التي توجد في حالة الجنون الدائري أو يعاني من البلادة والشذوذ.

استخدم فالرت Falrat سنة 1877 اصطلاح فرنسي يشير إلى هذا المعنى وهو Fwlie Aceux في هذا الاضطراب لينمى شخصان يعيشان ملتصقين مع بعضهما رد فعل اضطهادي واحد وأن أحدهما ينمى ذهاناً زائفاً Pseudopsychosiy من خلال الاختلاط والارتباط مع صاحب الذهان الحقيقي، ولكن بعد فصل الشخصين بعضهما عن البعض يشفى بسرعة فائقة صاحب الذهان الزائف ولكن يجد الآخر صعوبة بالغة.

العوامل المسببة في جنون الاضطهاد:

1- قلة العوامل الجسمية المسئولة عن البارانويا.

---

(1) أمراض العصر - الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية. عبد الرحمن العيسوي، دار المعرفة الجامعية، ص 247-248.

(2) الأعصاب النفسية والذهانات العقلية، عبد الرحمن العيسوي، دار النهضة العربية 1990، ص 310.

2- قلة العوامل الوراثية.

3- لا تعتمد البارانويا على أي عامل اجتماعي أو ثقافي محدد في الخلفية.

أما بالنسبة لبدء مرض البارانويا فإنه يحدث بعد السن التي يحدث فيها الفصام بنحو عشر سنوات. ص 310-311[1].

وفيما يتعلق بعوامل الطفولة المسؤولية عن نشأة البارانويا فقد وجد عاملان يعدان الفرد للإصابة هذا المرض

أولاً: وجود علاقة سيئة جداً بين الطفل وأمه في السنتين الأوليتين من حياته.

ثانياً: وجود صراع فيما بين سن 3 : 5 سنوات حول اتجاه الطفل نحو الوالد من الجنس المغاير. [2].

---

(1) الأعصاب النفسية والذهانات العقلية، عبد الرحمن عيسوي، دار النهضة العربية، 1990، ص 310- 311.

(2) أمراض العصر، الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية، عبد الرحمن العيسوي، دار المعرفة الجامعية، ص 249.

الفصل الثالث عشر

تفسير فرويد الإكلينيكي للبارانويا Paranoia

الفصل الثالث عشر

تفسير فرويد الإكلينيكي للبارانويا Paranoia

لقد جاء تفسير فرويد المبكر للبارانويا قائماً على أساس وجود نوعية جنسية مثلية مستترة تتبع حالة المريض منذ الطفولة حتى الرشد من حيث:

1- يجد صعوبة كبيرة في التعامل مع الناس.

2- ضعيف في فهم دوافعه أو دوافع الغير.

وعلى ذلك شب عاجزاً عن تعلم المهارات الاجتماعية ولم يشعر بالراحة مطلقاً وهو مع الناس ولا يستطيع أن يثق في أي إنسان ويشعر دائماً بالخوف ويشعر أن جميع الناس تلاحظه وتراقبه وتنظر إلى أفعاله وأنهم يتحدثون عنه لذلك هو يهتم بما يقوم به من أعمال ويوجه كثيراً من النقد إلى نفسه. ص 312.

نظرية فرويد في البارونويا:

نشر فرويد شرحاً فطرياً لهذا الاضطراب وهو بصدد سرد تاريخ حياة أحد مرضاه، وفي عام 1923 اهتم فرويد بدور الشعور بالعداوة في الطفولة الذي يظهر في الشجار بين الأخوة والأخوات بحيث يسمح للطفل بأن يظهر أو يعبر عن عدوانه المكثف ولذلك يلجأ إلى استخدام الحيلة الدفاعية المسماة "العكسية" يظهر الطفل كما لو كان يحب أخوته وأخواته بينما هو في الواقع يكرههم ويغير شعور العداوة إلى حب عن طريق العكسية، وعندما يصاب بالإحباط في حياته، فيما بعد فإنه ينتكص ويشعر بالعداوة التي يضطر لإسقاطها ثم يلجأ لتبريرها عبر عملية التبرير Fationalisation وبهذه الطريقة يكون المريض هذا الاتهام[1].

يدل تاريخ حياة مرضى البارانويا أنهم كانوا أطفالاً غير آمنين وقلقين ولم

[1] أمراض العصر - الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية، عبد الرحمن العيسوي، دار المعرفة الجامعية، ص 250-251.

يتعلموا المهارات الأساسية المطلوبة للعب الدور. فلم يتعلموا كيف يتصلوا اتصالاً حسناً مع بني البشر ولم يشعروا بأنهم قريبون من أي شخص هذا العجز في القدرة على الاتصال تزعمهم على أن يصبحوا سريين ومنعزلين في أفكارهم وسلوكهم وعدم فهم دوافعهم عاجزين عن فهم الغموض وعندما يصل هؤلاء الأشخاص إلى منتصف العمر ويدركون أن طموحاتهم لن تتحقق يشعرون بالألم والقلق والتوتر وكانوا وهم أطفال قد نمو في نفوسهم طموحاً عالياً وغير واقعي ووضعوا أهدافاً مستحيلة التحقيق حيث أنهم لا يطيقون أي نقد ذاتي فإنهم يبحثون عن أسباب خارج نطاق ذواتهم. ومن مجموع وقائع بسيطة وصغيرة بين المريض هذيان الاتهام لتفسير حالته.ولا شك أن الباراونيا paranoia من بين الأمراض العقلية الخطيرة والتي تستمد خطورتها مما قد يرتكبه المريض من جرائم مدفوعاً بالهذيان الذي يسيطر على تفكيره وتشير الباراونيا إلى معانة المريض من الهذاءات Delusions أي الأفكار الزائفة التي تدور حول توجيه الاتهامات نحو المريض persecutions أو هذيان العظمة أو ما يعرف باسم جنون العظمة وقد يصاحب هذين النوعين من الهذاءات هذاء أخر يتعلق بتوهم المريض Hytaochondriacal حيث يعتقد أنه يعاني من كثير من الأمراض الجسمية دون أن يكون مصاباً بأي منها في واقع الحال.

إذا هنالك نسبة كبيرة من أفراد المجتمع يعانون من بعض الأعراض الاضطهادية أو بعض مشاعر العظمة ص251-253[1]

ولكنهم يستطيعون أن يعيشوا حياة عادية في المجتمع ص 253[2].

وكثيراً ما يخلط التشخيص بين مريض الفصام ومريض الذهان الدائري من ناحية وبين مريض الباراونيا.

الفصام: يعاني المريض من الهلاوس السمعية والبصرية والشمية.

---

(1) أمراض العصر، الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية، عبد الرحمن عيسوي، دار المعرفة الجامعية،ص 251-253.

(2) أمراض العصر، الأمراض النفسية والعقية والسيكوسوماتية، عبد الرحمن العيسوي، دار المعرفة الجامعية، ص 253.

الجنون: وفي حالة الجنون الدائري تعترض المريض نوبات من الثورة والتهيج والحركة الذاتية وعدم الاستقرار ونوبات أخرى مثل: الخمول والكسل والتراخي والاكتئاب وانخفاض الروح المعنوية واليأس والقنوط وانعدام الحركة.

الهذيان. مريض الهذيان يستطيع أن يكسب رزقه وأن يحيا حياة شبه سوية [1].

تختلف البارونويا عن فصام البارونويا في أن المريض به عادة ما يقوم بأداء وظائفه بصورة عادية إلا في حالة إصابته بالهذاء، حيث نجده يظهر نماذج فكرية مترابطة بصورة كبيرة في كثير من الأوقات.

وعادة ما يستطيع الفرد المصاب بالباراونيا تفسير الأحداث بصورة تتناسب مع إحساسه بالاضطهاد، الأمر الذي يجعل من الصعب عليه الفصل بين الحقيقة والخيال، مثال ذلك: أصيب أحد أخصائي التصميم بخيبة أمل حينما رفض التصميم الذي وضعه لأحد المنتجات من جانب الشركة المختصة وسرعان ما أنتابه شك كبير وبدأ يعتقد أن هناك مؤامرة داخل الشركة وراء هذا الرفض، وقد قوي لديه هذا الاعتقاد بعد أن رفضت شركات أخرى التصميم الذي وضعه وفي النهاية اعتقد أن الجمهور بأسره قد تآمر من أجل عدم قبول التصميم الرائع الذي قام بوضعه وفي أخر الأمر ذهب إلى مكتب عمدة البلد لكي يشكو من المؤامرة الخطيرة التي حيكت ضده. وقد شخص مرضه بأنه برانويا وحجز في المستشفى المختص للعلاج [2].

ذهان الاضطهاد (البارونويا) Paranoia (أو الهذاء)

في ذهان الاضطهاد يسلك الفرد نفسه مسلك الشخص الذي يعاني من الشيزوفرينيا الباراونوية إلا أن أواهمه في العادة تكون اضطهادية في جوهرها وأكثر اضطراداً وانتظاماً من شيزوفرينيا البارونويا. وهو شخص شديد الغيرة وفي منتهى الشك في الآخرين.

---

(1) الأعصاب النفسية والذهانات العقلية، عبد الرحمن عيسوي، 1990، دار النهضة العربية، ص 314.

(2) مقدمة في علم النفس، ملخصات شوم، نظريات ومسائل، ارنوف ويتيج، ph.D دار ماكجروهيل للنشر، مصر، القاهرة، 1971ف.

يميل إلى الانتقام والمباهاة والحساسية الزائدة مع الجمود والتزمت ويكون مرتفع الذكاء. وعلى المدرسين بتعاونوا مع الأخصائي النفسي. وفي هذا الصدد يجب التفرقة بين الهذاء باعتباره مرضاً وبين السلوك الهذائي الذي قد يصدر عن الأفراد في بعض المواقف والذي يتسم بالعناد والتماسك بالرأي وعدم الاعتراف بالخطأ واتهام الآخرين بأنهم تدخلوا وتسببوا في الفشل. كذلك تجدر التفرقة بين الهذاء الذي لا ينفصل فيه المريض عن الواقع وبين الهوس أو فصام الهذاء هذا ويصاحبه أوهام غريبة وانفصام عن الواقع. وفي حالة الهذاء يكون الفرد قلقاً وتكون أفكاره وشكوكه وأوهامه ثابتة ودائمة ومنظمة ومؤكدة بينما في حالة الهوس أو الفصام الهذائي تكون الأفكار والأوهام طارئة وغير ثابتة وصاحبها متهيج وغير مستقر[1]

الاستجابات الباراناوية:

الخاصية الرئيسية في هذا الذهان هي التكوين التدريجي للضلالات Delusions Formation of أو الهذاءات ذات الطبيعة الاضطهادية Persecutory أو العشقية Erotic أو العظمية Grandiose تصاحبها عادة الهلاوس المرتبطة بها، وقد يتطور أو ينمو لدى المريض فكرة أن أقاربه ضده وأنهم يحاولون سرقته أو قتله. ويؤيد المريض شكوكه بوجود روائح كريهة يشمها في حجرته أو بوجود سم يتذوقه في طعامه.

ومثل هذه الهذاءات أو الضلالات نادراً ما تؤدي إلى نوبات قاتلة واضحة لاضطهاداته الظاهرية Thomicidal Attacks.

On his alleged persecutors lead to over

وتكون ضلالات العظمة عادة أقل في الدرجة مثل الحالة التي أوردها (روذز شايلد Roths child) لامرأة في الرابعة والثمانين من العمر، غير متزوجة ولديها هذاءات بأنها متزوجه ولديها طفلان... وقد يكون سلوك المريض عرضة لفترات من الخرس Mutism والكتاتونيا Catatonia التي تكون فيها أوضاع نمطية Stereotyped

[1] علم الصحة النفسية، د. مصطفى خليل الشرقاوي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ص 296.

أو قد يجبر المريض على عمل طقوس وتصرفات بدون وعـي Senseless. وقـد أدت الأعراض الأخيرة إلى أن يعتبرها بعض الباحثين مرتبطة جـداً بالفصـام (Karnosh and zucker) وفي المراحل المبكرة لا يكون فقدان الذاكرة والأدلة الأخـرى للتدهـور الشيخوخي. وتتحدد هذه الاستجابات بشكل كبير على أساس الشخصية الذهانيـة السابقة للمريض، وتتجه إلى أن تتطور لدى الأفراد الذين لهم عادة شكوك بارونويـا إلى حد ما في تكوينهم حالات التغيرات التدهورية الموجودة في الشيخوخة، وتوترات واجهادات فترة الشيخوخة توجد استجابة بارونويا بسيطة [1]

وهذا النوع من الذهان الشيخوخي يكون من 15 إلى 25٪ من كـل الحـالات المتعلقة بالشيخوخة Senile reactions.

The Presbyophrenic type. ويتميـز هـذا الذهـان الشـيخوخي بـإضراب واضح في الذاكرة Fabkication وتكون الحالة المزاجية مرحة ولطيفة [2]

وتعرف البارانويا بجنـون العظمـة وهـي أقـل أنـواع الذهـان حدوثـاً. تتميـز بهلوسات غريبة من نوعها. فالمصابون بها يعتقدون بأنهم من عظماء التاريخ ويعتقد الأخر بأنهم عرضه لتآمر الأخرين ومكائدهم كاعتقادهم بأن شخص ما يدس السـم في طعامهم ويريد قتلهم. أن هذه الهذاءات هي حالات قصوى من الإسقاط يظـهرون فيها للعالم دوافعهم العدوانية الشديدة [3]

تتسم بكثرة الشكوك الشخصي في الآخرين وكراهيته لهم وحقده عليهم مـع محالة البعد عنهم واعتزالهم. كما يفتقر صاحب هذه الشخصية إلى القدرة على إقامـة علاقات اجتماعية دائمة مع الأطراف الاجتماعية من ذوي الاتصال بـه وقـد تعتريـه أحياناً نوبات من الغضب والشك غير الواقعي.

---

(1) اضطرابات الشيخوخة وعلاجها، سنة النشر 1989، دار النهضـة العربيـة للنشـر، د. عبـد الرحمن عيسوي، ص 50-51.

(2) اضطرابات الشيخوخة وعلاجها، سـنة النشـر 1989، دار النهضـة العربيـة، عبـد الرحـمن عيسوي، ص51

(3) المدخل إلى علم النفس، عبد الرحمن عدس - محي الدين توق، الطبعـة الثانيـة، 1986، ص 379.

2-العوامل الجسمية: وهي مثل الأمراض الشديدة كالحميات والسموم والأمراض الشديدة وارتجاج المخ الدماغ كل هذه العوامل الجسمية تمثل نقص في قدرة الأفراد على التكيف مما يجعلهم معرضين للوقوع تحت وطأة المرض النفسي بسهولة أو تحت عصاب شديد وهناك حالات تحدث وتسبب المرض النفسي مثل... فترة الطمث أو بعد الولادة أو الغثيان أو نقص في الفيتامينات أو فقر الدم أو مرض السكري أو السحائي في المخ...

3- الأسباب الثقافية: الأسباب الثقافية تعمل في المحيط الثقافي وتتدخل في عملية النضج وبناء الشخصية والإنسانية والعادات الثقافية والتقاليد والاحتفالات والمناسبات والأعراس والمهرجانات الاحتفالية والمعايير التراثية لها تأثير غير مباشر على حدوث المرض العقلي والنفسي وقد تكون سبباً مباشراً في خلق المرض النفسي والعقلي في أن واحد وكمثال على ذلك في المجتمع الإيرلندي كثير من الأمراض العقلية مثل الإدمان على الكحول والسكن في الأماكن المجهولة والمقابر أحياناً مما يسبب نوع من الخلط في الوعي ويؤثر على الدماغ فتحدث الأمراض العقلية.

كيف تحدث الأمراض النفسية والعقلية؟

أولاً: من خلال تربية الأطفال ومن خلال الحرب أو التربية الجنسية الخاطئة أو الأعداد للحياة العامة أو علاقة الطفل بالكبار أو الزواج غير المتكافئ أو نوعية العاطفة السائلة في المجتمع قد تكون صارمة أو متساهلة أو ضعيفة أو اعتدائية صاخبة.

4- الثورة الصناعية والاقتصادية للدول المتقدمة تؤثر كعامل اجتماعي ثقافي في الصحة النفسية وكذلك تؤثر الحروب والكوارث الطبيعية والفيضانات تخلف الأزمات.

5- الأسباب النفسية هي التي تتكون من خلال بيئة الفرد ذاته ومن خلال طفولته عن طريق التربية البيئية تنشأ حالات مزدوجة لديه حالة نفسية خاصة تجاه موضوع معين كما أن عوامل النضج التي مر بها في مرحلة المراهقة تسبب كثيراً

من الأزمات للفتاة والفتى كذلك تركيبات الزواج والتأثير الشخصي بالآخرين يكون عوامل نفسية في أحداث حالات المرض.

تصنيف الأمراض في الطب النفسي(*)

ما فائدة التصنيف في الطب النفسي؟

يساعد التصنيف على التنبؤ بسير المرض وفعالية المداواة. ويسهل المخاطبة بين الأطباء النفسانيين مفهوم العرض في الطب النفساني.

يقصد بالعرض السريري أن الشخص يظهر علامات معينة تدل على مرضه.

مفهوم المرض في الطب النفساني:

يتكون المرض من مجموعة أعراض تعتبر مميزة له مثل الهستيريا والفصام عبارة عن متلازمات مكونة من مجموعة أعراض دالة على المرض.

تصدر التصنيفات للأمراض حسب أسبابها أو طبيعة المرض أو علاماتها السريرية هذا فيما يخص مجال الطب.

أما في الطب النفساني فإن الأسباب الطبيعية المرضية ما زالت مجهولة في كثير من الأمراض ويعتمد التصنيف فيها على العلامات السريرية.

وقد بدأ الاهتمام بهذا التصنيف في نهاية القرن التاسع عشر ولدى الطبيب النفساني الألماني الجنسية أميل كريسبلين حيث صنف الذهان إلى مجموعتين ذهان الهوس الاكتئابي. وذهان الفصام الذي سماه العته المبكر.

إن تصنيف الأمراض النفسانية إلى المجموعات الآتية:

1- أمراض وظيفية.

2- أمراض عضوية.. يوجد بها مرض ظاهر بالمخ الأمراض الوظيفية تصنف إلى صنفين:

1- ذهان وظيفي (اضطرابات كبرى) - أمراض عقلية.

(*) الطب العقلي والنفسي علم الأمراض النفسية وتصنيفات الأعراض المرضية كمال الدسوقي: دار النهضة العربية.تلخيص الكتاب من البداية حتى ص64.

2- عصاب وظيفي "أمراض نفسية - اضطرابات صغرى".

هناك مجموعة أخرى من الأمراض النفسية:

1- اضطرابات الشخصية.

2- اضطراب نفسي بدني.

3- نقص عقلي.

4- أمراض نفسية في الطفولة.

5- أمراض نفسية في الشيخوخة.

يصنف العصاب حسب الأعراض الغالبة والصفات السريرية وسير المرض إلى:

1- عصاب القلق (القلق العصاب).

2- عصاب الخوف.

3- عصاب الهستيريا.

4- عصاب الوسواس القهري.

5- عصاب الاكتئاب :أو الاكتئاب العصابي.

6- عصاب الوهن العصبي.

7- عصاب تبدد الشخصية.

8- عصاب المراق "أو أعصاب الخوف من المرض البدني".

9- أنواع أخرى من العصاب.

أما التصنيف الذهني فهو:

1- الفصام.

2- الهوس الاكتئاب أو ذهان اضطرابات العاطفية.

3- ذهان زوراني.

الهوس:

مرض الهوس عبارة عن متلازمة تضم الأعراض الآتية:

1- المرح الزائد.

2- فرط النشاط.

3- فرط الكلام مع طيران الأفكار.

4- ضلالات العظمة والاضطهاد أحياناً الهلاوس.

5- أعراض أخرى مثل عدم النوم، شرود الانتباه فقدان التحكم في السلوك.

6-مرض الهوس الاكتئابي:

يتميز ذهان الهوس الاكتئابي بالنوبات الراجعة يكون المريض سوياً فيما بعد بين نوبات الذهان الدوراني:

أعراضه ضلالات الاضطهاد والعظمة وكذلك الهلاوس.

الذهن العضوي: أن الأعراض العقلية تكون جزءاً أساسياً من الوصف السري لمرض بالجسم باطني - جراحي - عصبي.ويصنف الذهان العضوي إلى الآتي:

1- ذهان عضوي عرضي المنشأ. تتكون الأعراض العقلية من مرض بالمخ وكذلك ينصف الذهان العضوي حسب شدة المرض إلى:

1-ذهان عضوي حاد "الهذيان - الخلط العقلي الحاد".

2-ذهان عضوي مزمن "العته -الخوف".

التخلف العقلي:

يعرف بأنه حالة من توقف أو عدم اكتمال نمو المخ ويصنف التخلف العقلي حسب الشدة إلى:

1- نقص شديد وهذا ينصف إلى العته Idiag والبله Imbecility حاصلة الذكاء أقل من الخمسين:

2- نقص عقلي حاصلة الذكاء اكثر من الخمسين.

حسب الأسباب يصنف النقص العقلي إلى:

1-التخلف تخلف عقلي ثانوي أسبابه مرض بالمخ مثل الإخماد التسمم، فصوص المخ وكذلك اضطرابات الأيض التي تؤثر على وظائف المخ أثناء نموه.

2- تخلف عقلي حضاري أسبابه غير معلومة.

الاضطرابات النفسية في الشيخوخة الأمراض الوظيفية الأمراض العضوية.

ولكي نوضح بعض من أنواع التخلف العقلي الذي ذكر سابقاً ص62[1].

فقد ظهرت تصنيفات متعددة للمتخلفين عقلياً تختلف فيما بينهما باختلاف جانب المشكلة التي يراعيها الباحث في دراسته للتخلف العقلي. فمن المعروف أن الذكاء يتوزع توزيعاً اعتدالياً بين الناس وأن الفرد المتوسط يحصل على درجة أعلى اختبار مقنن مقياس بينيه أو وكسلر بلفيو. فمن التسميات المختلفة التي أطلقتها بينيه على بعض الفئات.. هي:

1- المورون وهي الفئة التي تقع نسبة ذكائها بين 50-70.

2- الأبله وهي الفئة التي تقع نسبة ذكائها بين 35-50.

3- المعتوه: وهي الفئة التي تقع نسبة ذكائها بين صف - 25.

وعلى هذا نجد أن الحد القاطع بين التخلف العقلي والذكاء يبدأ من نسبة الذكاء 70 فأقل أما المرشد الطبي للتشخيص الطبي النفسي (Dsm - 1980) فيستخدم أربع درجات للتخلف العقلي بحسب نسبة الذكاء:

1- تخلف بسيط من 50-70نسبة الذكاء.

2- تخلف متوسط من 35- 49 نسبة الذكاء.

3- تخلف شديد من 20-34 نسبة الذكاء.

4- تخلف خطير أو عميق أقل م 20.

---

(1) نفس المصدر السابق ص 11 عمل النفس الإكلينيكي، عبد الستار إبراهيم ص 62، سنة 1988.

اضطراب الإدراك الحسي: ويشمل الهلاوس وخداعات الملوسة ..يعرف بأنه إدراك حسي كاذب يحدث في عدم تواجد منبه خارجي لحواس الهلاوس.

الانخداع

يعرف الانخداع بأنه إدراك حسي كاذب وتفسير خاطئ لمنبه حسي موجود بالبيئة المحيطة بالشخص.

اضطراب الوظائف المعرفية للمخ

الوظائف المعرفية للمخ هي الوظائف العليا التي من خلالها يعرف الشخص بيئته ويتكيف معها والوظائف المعرفية تشمل الآتي:

1- الوعي.

2- الانتباه.

3- الاهتداء إلى المكان والزمان والأشخاص.

4- الذاكرة.

5-الذكاء.

الوعي: فحص مستوى الوعي خاصة في الحالات العضوية هو:

1- اليقظة.

2- النعاس.

3- السبات.

4-الغيبوبة.

أسباب عدم القدرة على تركيز الانتباه تعرف باسم الشرود :

1- الأمراض البدنية.

2- أمراض المخ العضوية.

3- أمراض المخ الوظيفية القلق الاكتئاب الهوس والفصام.

الذاكرة: تعرف الذاكرة بأنها عملية إحياء أو إعادة تنشيط خبرات الماضي. تحليل عملية التذكر إلى أربعة مراحل:

1- مرحلة التعلم أو تسجيل المعلومات.

2-مرحلة اختزان المعلومات.

3- مرحلة استدعاء المعلومات.

4- عملية إعادة تمييز الخبرات.

اضطرابات الذاكرة:

1- فقدان الذاكرة.

2- تعريف الذاكرة.

3- تجويف في إعادة تميز الخبرات.

أعراض اضطراب العاطفة:

يمكن حدوث كل أشكال اضطراب العاطفة في المرحلة الحادة من مرض الفصام.. والتغيرات العاطفية المصاحبة.

1- فقد العاطفة بدرجات متفاوتة الشدة من السطحية إلى انعدام إلى تبلد العاطفة.

2-عدم تطابق العاطفة مع الوظائف العقلية الأخرى مثل التفكير أو الأفعال المصاحبة لها.

أعراض ناشئة من اضطراب الإدراك الحسي:

الهلاوس وهو عبارة عن إدراك حسي في غياب المنبه الخارجي للأحاسيس المختلفة بالجسم.

أعراض ناشئة من السلوك الشاذ:

أعراض السلوك غالباً ما يلاحظها الذين يعيشون مع المريض من الأقارب والأصدقاء في حين لا يشكي منها المريض نفسه.

الأنواع السريرية لمرض الفصام:

1- فصام بسيط.

2- فصام البلوغ.

3- فصام كتاتوني.

4-فصام زوراني.

5- فصام حاد.

6- فصام مزمن.

7- اضطراب عاطفي فصامي.

8- فصام متبق.

تشخيص مرض الفصام:

يعتمد تشخيص مرض الفصام على الآتي:

1- تواجد اثنين أو أكثر من أعراض الدرجة المميزة للمرض.

2-بدء المرض في حالة التعرض للإصابة وهي من الخامسة عشرة حتى الأربعين عاماً.

3- استمرار المرض لفترة طويلة لا تقل عن ستة شهور ويؤدي إلى الشعور المهني والاجتماعي للمرض.

4- غياب أي مرض عضوي بالمخ أو اضطراب وجداني يمكن أن يسبب الأعراض السريرية.

تشخيص أنواع الفصام:

1-الفصام البسيط.

2- الكتاتوني.

3- الزوراني.

4- البلوغ.

التشخيص التعريفي للفصام:

الأحوال المرضية التالية تدخل في الاعتبار عند مناقشة التشخيص التعريفي لمرض الفصام.

1- الذهان المستحدث بالأدوية.

2- متلازمات المخ العضوية.

مرض الصرع - رضوض المخ - أورام المخ - زهري الجهاز العصبي - اضطراب الجهاز خارج الهرسي.

3- الذهان الزوراني.

4- الذهان الهوسي.

الحالات الزورانية:

التعريف:

أنها حالات حادة أو مزمنة تتميز بتوهم الذهان تحدث في تمام الوعي ولا ينطبق عليها تعريف ذهان آخر كالفصام أو الذهان الوجداني أو الذهان العضوي.

التصنيف:

تصنف الحالات الزورانية إلى:

1- شخصية زورانية.

2- تفاعل زوراني حاد.

3-ذهان زوراني - زود

4- ذهان تخيلي - أذور.

5- فصام زوراني.

الشخصية الزورانية: السمات الأساسية لهذه الشخصية فرط الشك والحساسية والتستر على ضعف ذاته وإسقاط صعوبات نفسية على الآخرين . عدم الرضا. فرط الشكوى. الصراع من الأشخاص الذين تربطهم علاقة.

الذهان الزوراني (أو الذهان الكبريائي) يتميز هذا الذهان بوجود توهمات منظومة يوصف التوهم هنا بأنه منظوم في صورة متماسكة من الأفكار والمبادئ.

الذهان التخيلي "الأذوار" نوع متأخر الحدوث غالباً يشاهد في كبار السن الذين يعيشون في حياة عزلة أو فاقدي البصر أو السمع.

الفصام الزوراني يبدأ في سن الرشد بتوهمات اضطهادية هلاوس سمعية واضطراب شديد في التكفير.

التفاعل الزوراني الحاد: تتفاعل الشخصية الزورانية لبعض مواقف الكرب مثل السجن والعزلة والهجرة بظهور أعراض زورانية مؤقتة مثل أفكار الإثارة والاضطهاد والأرق وسرعة الغضب والشك ومقاضاة الناس لنيل حقوق وهمية.

متلازمات الزوراني:

متلازمات الغيرة المرضية متلازمة هوس العشق، التقاضي الزوراني، ذهان توهم المرض.

الاكتئاب الذهاني

المراق: ذهان الاكتئاب.

التعريف: الاكتئاب مرض عقلي فيه مزاج الحزن وهو المرض الأساسي. في هذه الحالة الكآبة ثابتة ومتواصلة وتختلف عن الكآبة المؤقتة التي يعاني منها الناس نتجية تفاعلهم مع كروب الحياة.

الأعراض السريرية:

1- مزاج الاكتئاب وهو الشعور بالكآبة والحزن.

2- ربط الحركة "أو هياج الحركة".

3- فقد العضوية والاهتمام خاصة في مجال العمل.

4- الأرق.

5- أفكار إكتئابية.

6- نموذج حدة الاكتئاب خلال اليوم.

7- الانتحار.

8- أعراض بدنية تشمل فقد الحيوية والإحساس بالتعب.

انتشار المرض:

الاكتئاب من الأمراض النفسية السائدة معدل انتشارها بين الناس حوالي 0.6٪ المرض أكثر انتشاراً بين النساء عن الرجال بنسبة 2 :1 ويسبب المرض في مرحلة الشباب ومنتصف العمر وهو أكثر انتشاراً بين أفراد الطبقة الاجتماعية العليا وذوي البنية القصيرة والبدينة.

أسباب المرض:

تلعب الوراثة دوراً هاماً في الاستعداد للإصابة بمرض الاكتئاب الذي ترسبه عوامل بيئته النمط الوراثي غير محدد ويحتمل أن يكون بواسطة جينات غالبة غير متكاملة التأثير.

تصنيف الاكتئاب إلى:

1- النشاط النفسي الحركي.

2- اكتئاب معوق أبرز أعراضه بطء حركة الكلام.

3- ذهول اكتئابي. تصل بطء الحركة إلى درجة إن المريض ظل ساكناً صامتاً في سريره. غالباً يرفض الطعام.

اكتئاب مهيج وأبرز إعطائه التهيج الحركي.

ب- حسب الأسباب إلى :

1- اكتئاب تفاعلي او اكتئاب خارجي المنشأ.

2-اكتئاب داخلي المنشأ.

ج- اكتئاب داخلي المنشأ.

1- اكتئاب عصابي.

2- اكتئاب ذهاني

اكتئاب عصابي	اكتئاب ذهاني
1- توافر أسباب بينية كافية.	1- غياب أسباب بيئية كافية
2- درجة الاكتئاب معتدلة	2- اكتئاب حاد الشدة متموج خلال النهار
3- أرق بداية النوم.	3-أرق الاستيقاظ المبكر
4- يرافقه قلق تململ حركي.	4- غالباً يرافقه إعاقة حركية
5- غياب الأعراض الذهانية	5- وجود توهمات وهلاوس
6- الأعراض البدنية لو ظهرت تشبه أعراض القلق.	6- ظهور أعراض الاكتئاب البدنية
7- تغير البيئة يفيد المريض	7- الاكتئاب لا يتأثر بتغير البيئة.

ج. حسب سير المرض:

1- اضطراب عاطفي أحادي القطب.

2- اضطراب عاطفي ثنائي القطب.

أمراض عقلية ترتبط بأمراض جسمية عامة. وبالعدوى والتسمم. والصدمات والأفات العضوية الأخرى.

1- اضطرابات عضوية في أمراض الشرايين تصلب الشرايين فرط توتر الشرايين، التهاب شرايين المخ Ceredovascular Thrombe-agilits.

2- حالات الوهن المزمن وإلى شبه العصابية.

3- الاضطرابات النفسية في الالتهاب السحائي Meningitisوفي التهاب الدماغ enecpnatis.

4- الاضطرابات الفعلية المرتبطة بزهري المخ "سفلس"[1].

(1) الطب العقلي والنفسي علم الأمراض النفسية، كمال الدسوقي، ص66.

أ- زهري المخ.

ب- الشلل التدرجي.

5- الاضطرابات النفسية في الأمراض الجسمية العامة غير المعدية أمراض القلب والكبد جهاز الغدد. المخ.

6- أمراض التسمم الذهاني الذهانية:

أ- الكحولية المزمنة.

ب- ذهانات إدمان الكحول.

ج- جنون تسممات أخرى "هوس المخدرات".

د- تسممات مهنية وغيرها.

7- أمراض عقلية ترجع لإصابة المخ:

أ- ذهانات الصدمات الحادة.

ب- الذهانات المزمنة.

ج- اضطرابات الشخصية الدائمة وحالات الوهن.

8- اضطرابات الذهان لدى الأشخاص المصابين بأمراض عضوية.

أ- ناشئة من تورم المخ.

ب-أمراض عصبية أخرى.

9- الجنون الراجع إلى عمليات قصور جهاز في المخ أساساً.

أ- مرض بيك Pick.

10- اضطرابات نفسية عن تأثيرات عضوية مترسبة عن علل مختلفة.

1- الذهانات الدورية.

2- حالات عدم التعويض التي تثيرها علل خارجية التكوين.

اضطرابات عقلية ترجع لمرض نفسي ارتقائي أو خرافات الطبع أو السلوك التكويني الثابت، تأخر النمو العقلي المتعدد الأسباب المرضية:

أ- الأنماط الوجدانية المفرطة الوجدانية الدورية، الوجدانات الشخصية المتقلبة الانفعال Labile emotional = irascible

ب - الواهنة.

ج- الشخصية شبه الفصامية.

د- الشخصية شبه الذهانية.

و- الانحرافات الجنسية.

ز- الشخصية الثابتة.

ح- الحالات الشبيهة بالسكيوباتية التي تنمو في الأطفال عقب تأثيرات المخ.

2- نقص العقل.

أ- الضعف debitlity.

ب- الغباء Imbecility.

ج- العته Idioey.

د- الأمراض الجنسية بمختلف أصولها[1]

وإذا كان الشخص ضعيف العقل يعيش في وسط بيئة اجتماعية صالحة تقدم له العون والمساعدة فإنه يستطيع أن يتكيف تكيفاً اجتماعياً سليماً[2].

تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

تقسم هذه الاضطرابات حسب العضو الذي تصيبه وعلى ذلك يمكن تمييز الأنماط الآتية من هذه الاضطرابات.

1- الاضطرابات الجلدية أو ردود الفعل الجلدية من ذلك المرض الجلدي العصبي neurotermota ses ولكن بها الحساسية Allergic aczema وبعض حالات الجدري hives وحب الشبابAcne الاضطرابات الأخرى التي يظهر فيها

(1) نفس المصدر السابق ص ص69.

(2) علم النفس بين النظرية والتطبيق وعبد الرحمن عيسوي دار النهضة العربية 1984، ص215.

الاضطراب الانفعالي كعامل سبي.

2- الاضطرابات العضلية الهيكلية Musscu loulosketetal

وتتضمن أعراض مثل هذا المرض الام ألم المد والشد او التشنج العضلي والروماتزم النفسي المنشأ Phevmatism.

3- الاضطرابات النفسية او اضطرابات الجهاز النفسي respiratory من ذلك التقلص الشعبي Bronchial وحمى الخريف nay fever والتهاب الجيوب العظمية Sinusitis التهاب النزلات الشعبية المتكررة Broncnitis.

4- الاضطرابات القلبية الوعائية Cardiovaseular:

من ذلك نوبات زيادة ضربات القلب أو زيادة نشاط القلب وزيادة ضغط الدم المرتفع والتقلصات الوعائية أوجاع الصداع النصفي.

5- الاضطرابات الدموية الليمفاوية nemand Lymhpatic

وتتضمن أي اضطراب يحدث في الدم أو في الجهاز الليمفاوي التي يظهر فيها أثر العوامل الانفعالية كعوامل سببية.

6- الاضطرابات المعدية Gaotrointestinal:

وتشمل اضطرابات مثل اضطرابات الاثنى عشر douden alulcer أي قرحة الاثنى عشر والتهاب القولوني.

7- الاضطرابات التناسلية genitousinary

ومن ذلك بعض أنواع من اضطرابات الحيض أو الطمث Menstrual حركات البول ألام التبول Pai furinion وآلام تقلصات الفرج أو الألم المصاحب لانقباضات الفرج Constriction ويوجد عند المصابات بالبرد الجنسي.

8- الاضطرابات الغدية أو المتعلقة بالغدد الصماء endccrine

يحتوي هذا النمط من الاضطرابات على تضخم الغدة الدرقية enlargementوغيرها مما يفصح أن العوامل الانفعالية كعامل مسبب لها.

9- اضطراب بالجهاز العصبي Neruous system

وتتضمــن فقــدان القــوة مــع الشــعور بــالتعب والإرهــاق ووجــود آلام في العضلات والمعاناة من القلق وبعض الاضطرابات التشنجية.

10- الاضطرابات الخاصة بالأعضاء الخاصة بالإحســاس مثـل آلام المفـاصل المزمنـة Cnhronic ومن ذلك التهاب الغشاء الرقيق المحيط لجفن العين.

تتفاوت[1] تصنيف الأمراض النفسية والاضطرابات العقلية بتفاوت التكوين المنهجي والإطار للباحث والطبيب النفسـي وقـد صنفـه "كريبلسـن" الأمريكيـة Kraeplin. 1913 المبكر والـذي تبنـت خطوطـه العريضـة جمعيـة الطـب النفسـي الأمريكية American Psychiatric Asspociation ويعتـبر مـن أكـثر التصنيفـات شيوعاً ويعرف هذا النوع من التصنيف باسـم التصنيـف الطبي النفسـي. ويمكـن بمقتضاه تحديد 5 أنواع رئيسية من الأمراض النفسية العقلية.

1- الأعصبة Neuroses.

2-الذهان الوظيفي Functioned Psychosis.

3- الذهان العضوي Organie Psychosis.

4- اضطرابات الشخصية Personality disorders.

5- التخلف العقلي nental retardation.

العصاب: يعتـبر تصنيـف الاضطرابـات العقليـة في عصـاب وذهـان مـن أقـدم التصنيفات وأكثرها شيوعاً والعصابيون يعانون من أحاسيس الكآبة والشعور بالنقص.

ويتحدث الأطباء النفسيون عن ظاهرة التناقص العصابي neurotic paradox بصفتها من الظواهر التي تضع الوصف الرئيسي للعصاب.

وتتضمن الأعصبة أنواعا مختلفة منها:

1- عصاب القلق anxiety neurosis:

يميز المرشد الطبي النفسي لتشـخيص الاضطرابـات العقلية والنفسـية بـين نوعين من القلق.. القلق الذي يظهر كفزع أو جزع من موضوعات محـدودة كمـا في

[1] علم النفس الإكلينيكي، د. عبد الستار إبراهيم 1988، ص41-48.

حالة المخاوف المرضية Pnobias والقلق الذي يختبره الشخص عند محاولته السيطرة على الأعراض وهو القلق العام.

أ- المخاوف المرضية Pbobias:

كلمة خواف أو خوف مرضي "فوبيا" تشير إلى وجود خوف دائم وشديد من موضوع أو موقف محدد لا يستثير بالضرورة هذا الخوف، ومن أكثر المخاوف المرضية شيوعاً الأماكن العالية الأماكن المتسعة الأماكن المغلقة الشعور بالوحدة الاجتماعي من الناس.

عادة ما تبدأ المخاوف الاجتماعية في الظهور في فترات الطفولة المتأخرة أو بداية المراهقة.

ب- القلق العام

عادة ما تتميز الإصابة بالقلق العام بواحد أو بأكثر من الأعراض التالي:

1-العجز عن التركيز والانتباه.

2- اضطرابات النوم: كالأرق أو النوم المتقطع أو صعوبة لاستغراق في النوم.

3- زيادة في النشاط الاستشاري للجهاز العصبي المستقل مثل: العرق - خفقان القلب. برودة الأطراف.

4- التوتر العضلي.. الرعشة والتنميل، والانتفاضات العضلية والاختلاجات في العضلات الدقيقة وغير ذلك.

5- التوجس وتوقع الشر والانشغال بالمستقبل والهرم والتفكير السيء في المستقبل.

2- العصاب القهري والوسوسة:

لكي يوصف الشخص بهذا العصاب يجب أن يتصف بما يلي:

أ- الوسواس Obsessions:

أي وجود أفكار أو صور ذهنية أو إندفاعات متكررة، ومعادة ولا تتم على النحو الإرادي بالرغم من محاولة الشخص صدها ومنعها بشدة.

ب- أفعال قهرية Compulsive:

وهي عبارة عن جوانب من السلوك والنشاطات المتكررة التي يقوم بها المريض بشكل طقوسي نمطي.

3- عصاب الاكتئاب "الاكتئاب الاستجابي" Reactive depression

الخواص الرئيسية للاكتئاب تتمثل في سيطرة مشاعر الحزن والذنب وفقدان الشهية وربما البكاء المتكرر وفقدان الثقة بالنفس والتأنيب المستمر للذات.

وهناك نوعين من الاكتئاب كما ذكرنا سابقاً في البداية وهي مقارنة بين العصابي والاكتئاب الذهاني.

4- الهستيريا:

شكل آخر من أشكال العصاب تتكون من نوعين هما:

الهستيريا التحولية Conversion hysteria

والهستيريا التفككية Dissociative hysteria

وتبلور أعراض الهستيريا التحولية في وجود شكاوي جسمية لا يوجد أساس فعلي عضوي يمكن الأطباء من علاجها كالعمى الهستيري والشلل والحبسة الصوتية.

أما الهستيريا التفككية وهي تشير إلى تلك التحولات أو الحالات التي يتمكن المريض خلالها من الهروب من الأزمات والضغوط الخارجية بفقدان الوعي بهذه الأزمات والضغوط ومن المعروف أن الهروب من الأشياء بالتظاهر بالمرض يعد من الأعراض الشائعة لدى الأطفال.

خصائص السلوك الشاذ:

ثمة أفعال تسبب سواء للفرد أو المجتمع الذي ينتمي إليه بصورة مؤقتة نعتبرها سلوكاً شاذاً ونظراً لأن تفسير السلوك على هذا النحو قد يتسم بالذاتية فإنه يتعين علينا أن نضع في اعتبارنا كلاً من كيف السلوك وكمه قبل أن نحكم عليه بأنه سلوك شاذ أم لا بعبارة أخرى ينبغي أن نضع في الحسبان كلاً من تكرار السلوك موضع البحث وشدته.

مثل لذلك: غالباً ما يتعرض كل فرد لخبرة القلق في أواخر حياته لذا يمكن اعتبار القلق جزءاً عادياً من شخصية أي فرد ومع ذلك فإذا ما أثر تكرار القلق شدته بصورة خطيرة في سلوك الفرد فإنه يعتبر حينئذ قلقاً غير عادي أو شاذ مثال ذلك يعد القلق الذي ينتاب الفرد حيث يهم بإلقاء خطاب عام أمراً عادياً بينما يعد قلقه الدائم على حياته أمراً شاذاً.

تختلف الاضطرابات العصابية عن الاضطرابات الذهانية[1].

الاضطرابات الذهانية	الاضطرابات العصابية
1- اضطراب شديد في الشخصية	1- اضطراب أقل شدة في الشخصية
2- توتر الخبرات الداخلية للفرد على مظاهر السلوك الخارجي مما يؤدي إلى عدم السداد	2- توتر الخبرات الداخلية للفرد على مظاهر السلوك الخارجي ولكن بدرجة أقل شدة
3- يشعر المريض بالضلالات والخيالات	3-يعاني المريض من الضلالات أو الخيالات
4- يكون تفكير المريض غير واقعي	4- يكون تفكير المصاب مرتبطاً بالواقع
5- لا يدرك المريض سوءها ولا يرغب فى التغير	5- يكون المريض مدركاً لما يشعر كما أنه يرغب شعورياً في تغير حالته
6- يحتاج فى كثير من الحالات إلى الإيواء بالمستشفى	6-لا يحتاج إلى الإيواء بالمستشفى
7- تعود بعض أسباب الاضطراب إلى عوامل عضوية أو حدوث اضطراب فى وظائف الجهاز العصبي	7- لا تعود إلى أسباب عضوية
8- يؤثر الذهان على جوانب مختلفة فى الشخصية.	8- لا يؤثر العصاب على مجمل الشخصية
9- يفقد المريض صلته بالعالم الواقعي	9-يستطيع مواصلة عمله وارتباطه بالآخرين

[1] الصحة النفسية والتوافق د. رمضان القذافي. دار الرواد 1994، ص 117، 118.

الاضطرابات الذهانية	الاضطرابات العصابية
10- يكون سلوكه غير إرادي لا يعتبر مسؤولاً عن نتائج سلوكه أثناء مرضه	10- يعتبر مسؤولاً عن نتائج سلوكه وتصرفاته
11- يحتمل وجود دور للعوامل الوراثية فى الاضطراب	11- ليس للعوامل الوراثية دور فى الاضطراب

الأمراض العقلية... [1]

هناك اتفاق عام بين علماء أن بعض الأمراض العقلية تحكمها عوامل وراثية بحتة منها مرض شلل الأطفال العام الذي يصيب الجهاز العصبي المركزي إلا أن الأمراض العقلية الأخرى لم يتفق بعد على كونها وراثية أو مكتسبة من البيئة.

إن إحدى الدراسات التي أجريت حول إعداد ضخمة من الأشخاص الذين أصيبوا بهذا المرض وكانت بينهم صلات قرابة من درجات مختلفة توصله إلى تتابع يحسن إليها لقد وجدت هذه الدراسة أن احتمل الإصابة بالمرض يزداد بازدياد الشبه الوراثي بين الأفراد عندما يكون أحد الأشخاص في العائلة مصاباً بالفصام حسب الآتي:

نوع القرابة	درجة احتمل الإصابة بالفصام عندما يكون شخصاً مصاب
التوائم المتشابهة	0.858
التوائم الغير المتشابهة	0.147
الأخوات والأخوة	0.143
الأخوة والأخوات من أب أو من أم	0.70
الأخوة بالتبني	0.18
الأشخاص الذين لا توجد صلة قرابة بينهم	(2)0.009

---

(1) بقية المصدر السابق.

(2) المدخل إلى علم النفس. عبد الرحمن عدس محي الدين توق. دار جون وايلي وأبنائه ص1986، ص58،59.

تطبيقات:

ما معنى العصاب / العصابية / ما مجالاتها أو أنواعها؟

تعريف العصابية:

العصابية هي الصفة المجردة التي تميز الأعصبة والعصاب هو الاضطراب الحقيقي أو الحالة العيانية للشخص المكروب.

ويجب التمييز بعناية بين العصابية أي عدم الاتزان الانفعالي الموروث الذي يهيئ الشخص ويجعله مستعداً لتكوين أعراض عصابية عند التعرض لضغط، ويصاب في النهاية بانهيار عصبي وهو الذي ينتج عن فرض ضغط انفعالي على جهاز عصبي فيميل إلى الاستجابة عن طريق الأعراض العصابية.

وقد يظهر العصاب عند شخص لديه درجة منخفضة من عدم الاتزان الانفعالي نتيجة ضغط بيئي قوي وشامل، وقد لا يظهر عند شخص آخر لديه استعداد شديد للعصابية نتيجة لعدم توفر الضغوط عليه.

عصاب القلق:

ويرى هلجرد أن القلق: يشبه في ذلك الخوف.. ويعتبر قوة دافعة، ويرى أن لفظ القلق وهو عبارة عن العبارات اللغوية العامة يشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر والاهتمام الزائد وعدم الراحة وعدم الاستقرار وعدم سهولة الحياة الداخلية للفرد، ومعنى ذلك أن القلق نوع خاص من الخوف، وبينما يكون للخوف العادي موضوعاً، فإن القلق خوف من موضوع غامض أو مبهم أو خوف عديم الموضوع أو خوف بلا موضوع، أنه الخوف الغامض أو الخوف المبهم أو الخوف من لا شيء أي الخوف من مجهول.

عصاب الهستيريا:

ينشق لفظ الهستيريا لغوياً من لفظ رحم المرأة، وفي مجال علم النفس يشير عصاب الهستيريا إلى ردود الفعل التفككية والتحليلية أو ردود الفعل التحولية، الهستيريا من أهم الأمراض ذات النشأة السيكولوجية.

تعريف الهستيريا:

الهستيريا اضطراب في السلوك تتحول فيه الصراعات النفسية إلى أعراض جسمية، والهستيريا تمثل رد فعل متعلم أو مكتسب للإحباط.

هناك أعراض حركية للهستيريا التحويلية من ذلك: الرعشة أو الهزة التي تظهر في الشفاه أو الأيدي والأرجل، وكثيراً ما يطلق على بعض الأعراض الحركية هستيريا الأعصبة المهنية.

عصاب الفوبيا:

يشار إلى عصاب الخوف بأنه خوف شديد في شكله الحقيقي الذي يهدد حياة الفرد، فهو عبارة عن خوف مرضي يؤثر تأثيراً كبيراً في سلوك الشخص الذي يعاني منه، وقد تتخذ هذه المخاوف شكل الخوف من الأماكن الخالية أو الأماكن المرتفعة أو الخوف من الأماكن المغلقة أو الضيقة أو الأماكن الواسعة أو الفسيحة أو الخوف من الحيوانات أو الخوف من القذارة أو الخوف من الأمراض أو غير ذلك من الموضوعات (المحايدة) التي تصبح مقيدة للخوف لدى الفرد.

عصاب الوسواس القهري:

يذهب هيلجرد إلى أن القول بأن العصاب الوسواسي القهري يحدث في ثلاثة أشكال:

1- الأفكار الوسواسية التي تعاود الحدوث للفرد بإصرار وإلحاح، وفي الغالب ما تكون أفكار غير سارة.

2- أفعال قهرية أو قسرية أو استحواذية حيث يجد الفرد نفسه مساقاً إلى تكرار بعض الأفكار غير السارة بل أفكار مزعجة.

3- خليط من الأفكار الوسواسية مع الأفعال الاستحواذية كالاعتقاد بأن الفرد يحمل جراثيم المرض، مع الميل القهري لشلل اليد باستمرار

حالات الوسوسة من الأمراض العصابية الشائعة ويقصد بها تسلط فكرة أو عدد من الأفكار على ذهن المريض واستمرار ترددها عليها وعجزه عن إبعادها أو

التخلص منها رغم علمه أنها سخيفة وغير معقولة وغير مقبولة، وتظل تزعجه وتقلق مضجعه وخاصة كلما حاول إبعادها عن ذهنه.

عصاب توهم المرض:

فحالة توهم المرض تشير إلى اهتمام المريض بصورة مرضية بصحته إلى المعاناة من وسواس المرض وأهجاس المرض أو وهم المرض، ويقال في وصف المصاب بهذا المرض أنه مسرسب أو موهوم بأنه مريض، فهو موسوس أو مصاب بالوسواس، ويميل المريض في هذه الحالة إلى المبالغة في الشكوى من أي عرض مهما كان بسيطاً جداً.

من أعراض هذا المرض شكوى المريض من الصداع ومن الأرق أو من السهاد أو فقدان النوم، كما يعاني المريض من حالة الثورة والتهيج وعدم الاستقرار أو عدم الشعور بالارتياح وبنوع خاص يعاني من الشعور بالتعب والإرهاق والكسل والتراخي والكلل والكلال والإعياء والفتور، كما يشكو المريض من حالة خفيفة من عسر الهضم ومن الإمساك تلك التي يعزو إليها المريض شعوره بالتعب.

عصاب الاكتئاب:

هو عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في الحياة، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق عندما تواجه هذه الأحداث الشخص العصابي فإنه يلجأ إلى الخوف من الشعور بالتشاؤم.

وقد تظهر أعراض الاكتئاب في أعقاب فقدان الفرد لوظيفته أو عند وفاة شخص عزيز على النفس.

الفصام Sxhizophrenia

تعريف:

الفصام هو مرض عقلي أو ذهان وظيفي Functional Psychosis ناتج عن عوامل نفسية المنشأ واضطراب أساسي في الشخصية وهو مجموعة من الأعراض التي تشير إلى اضطراب عدد من الوظائف العقلية كالتفكير والإدراك واختلال كل

من السلوك والإرادة والوجدان. ويمكن أن تؤدي هذه الأعراض - إذا لم تعالج مبكراً - إلى تدهور في السلوك واضطراب في الشخصية وخلل في الوظائف العقلية وفشل في التواصل مع الآخرين، واخفاق في التوافق مع المجتمع.

وعلى ذلك فالمريض الفصامي لا يدرك الأشياء المحيطة به أو المواقف التي يتعرض لها إدراك غيره من الناس والتي لا يستطيع أن يتخذ حيالها الحل أو التصرف السليم أو المناسب، وانفعالاته أيضاً غير طبيعية حيث أنه قد يبكي في مواقف لا تستدعي البكاء أو يظهر الفرح والسرور في مواقف أخرى لا تعدو إلى ذلك.

والفصام يعتبر من أخطر الأمراض العقلية (الذهانية) حيث يعتبر من الأمراض المستعصية على العلاج في الطب النفسي والعقلي رغم أنه قد حظي بكثير من الدراسة والبحث التي أقرت بأن الفصام غير معروف سببه تماماً.

وقديماً كان الظن الغالب بأن الفصام يصيب الشباب ما بين (20-30سنة) فقط، ولذلك كان يسمى بالجنون المبكر... وقد تغيرت النظرة له ووجد أنه يصيب جميع الأعمار وأهم ما يتصف به هذا المرض هو انفصام وأعراض الفصام لا تظهر فجأة بل تتدرج في ظهورها - إلا في حالات الفصام الكتاتوني Catatonic - وهنا تكمن خطورة المرض فلا يكشف إلا بعد فترة طويلة، وفي بعض الحالات قد تختلط الأعراض بالأعراض العصابية فيصعب تشخيص المرض.

وتتلخص أهم الأعراض فيما يلي:

1- اضطراب التفكير: ويشمل اضطراب التفكير خللاً بوجه عام في التعبير عن الأفكار ومجرى التفكير ومحتواه والتحكم فيه وتضيق حدود انتباه المريض فيتركز حول حياته الداخلية ويضعف ترابط الأفكار،ويظهر خلط بين الأسباب والمسببات. وبتقدم المرض تكثر الهذيانات وبخاصة هذيان الاضطهاد والعظمة والجنس.

2- اضطراب السلوك: وأهم مظاهره الانسحاب والانعزال والبعد عن الواقع وفقد الاهتمام بالذات وبالأسرة، مع الإهمال في العمل، وعدم التجاوب مع الغير مما يجعل التقرب إليه صعباً، وكثرة التفكير فيما يقوله الناس عنه، ونقص التفاعل

مع البيئة بوجه عام فضلاً عن عدد من مظاهر السلوك الغريب، وبتقدم المرض ويتطور ذلك إلى الشعور بأنه مراقب.

3- مقاومة التقاليد والعادات المألوفة، ثم يتطور ذلك إلى عدم الاهتمام بالملبس والنظافة والمظهر الخارجي.

4- زيادة الوهم المرضي مع سهولة الإصابة بالأمراض.

5- اضطراب الإرادة: ويعني السلبية وانتفاء المبادأة وعدم القدرة على اتخاذ القرارات مع نوبات من التشبث بالرأي والعناد وقد يأخذ شكل الانعزال والانسحاب من العلاقات الوجدانية، وعدم الرغبة في مغادرة المنزل، بل قد يبقى الفصامي بحجرته غير مكترث بأفراد أسرته، وبتطور المرض يتحول ذلك إلى بلادة انفعالية.

6- الأعراض التخشبية: اضطراب في القدرة الحركية للفرد ومنها السبات والذهول والغيبوبة والسلبية والمداومة على وضع معين، والاستمرار في وضع جسمي خاص، التقليد والطاعة العمياء، إصدار حركات نمطية بشكل متكرر.

7- بتقدم المريض يزداد الاضطراب الوجداني، فيفقد المريض اهتمامه بالأشخاص والأحداث. كما يظهر عدم التناسق في انفعالاته فيبتسم أو يضحك دون ما سبب، وكثيراً ما يستجيب استجابات انفعالية مخالفة للموقف فمثلاً يضحك لموت أحد والديه، أي يضحك لموقف محزن كما لموقف مضحك.

8- اضطراب الوجدان: ويعني التبلد الانفعالي وعدم التناسب والتقلب وعدم التجاوب الانفعالي ويؤدي الاضطراب الوجداني الشديد عند المريض إلى انفصام في الشخصية، فلا يستطيع إدراك حدوث شخصيته. ويتطور ذلك إلى اعتبار بعض أجزاء جسمه غريبة عليه، فيتخيل مثلاً أن نصفه امرأة وأن النصف الآخر رجل، أو أن هناك شخصيتين داخلتين تراقب إحداهما الأخرى.

9- يفقد الفصامي الرغبة بالقيام بأي عمل بل ويتفاداه، ويعتبر ذلك وسيلة انسحابية يقصد بها إدانة العالم الخارجي، وأحياناً يحدث العكس فيخضع الفصامي لأي إيحاء خارجي. وبتطور المرض يتحول ذلك إلى الخضوع لأي أوامر

لفظية، وأحياناً يرددها كالببغاء، وقد يقلد الحركات التي يشاهدها تقليداً أعمى.

10- الضلالات Delusions: وهي اعتقادات باطلة يعتقد المريض في صدقها برغم خطئها وبطلانها. وهي على أنواع عدة: منها الاضطهاد، العظمة، الأهمية، التلميح أو الإشارة، توهم المرض، تأثير القوى الخارجية.

على الحياة الإدراكية للمريض في الحياة الوجدانية فنجد أن المريض يسمع خبراً مضحكاً فيبكي... وهكذا.

وعلاج الفصام غير محدد بالضبط، فأحياناً تفيد الصدمات الكهربية أو العلاج بأنواع مستحدثة من العقاقير. ولكن سبب التحسن نتيجة استخدام هذه الوسائل غير معروف. ولذلك فإن أفضل طريقة لمواجهة هذا المرض هو الوقاية منه بملاحظة الطفل الصغير ومراقبة المنعزلين من الأطفال والمنطوين منهم على أنفسهم ودراسة ظروف بيئتهم وأحوالهم العامة وتشجيعهم على الاختلاط والاتصال بالآخرين والتعامل معهم ومساعدتهم على الخروج من عزلتهم بصفة عامة حتى يمكن تجنب هذا المرض.

أصل التسمية:

وقد وضع تسمية هذا المرض في الأصل "بلويلر" عام 1911 بما يشير إلى انفصام العقل.ويتكون المصطلح من مقطعين: Schiz وتعني الانفصام أو الانقسام Phren ومعناها العقل.

أسباب الفصام:

ينتج مرض الفصام عن تضافر عدة عوامل وتفاعلها معاً، ونقصد العوامل الوراثية والفيزيولوجية والكيميائية والنفسية والاجتماعية.

العوامل المؤدية إلى مرض الفصام:

ونعرض فيما يلي لأهم العوامل التي يرجح أن تكون سبباً محتملاً للفصام، ويتفاعل مع غيره من العوامل:

1- العوامل الوراثية:

اتفق (جوتسان وكللان وروزيتان) أن للعوامل الوراثية آثار ظاهرة في الإصابة بالفصام، وإن كان هناك أطفال لديهم استعداد لهذا المرض، إلا أنه لا يظهر لديهم ما لم يتعرضوا لصعاب مثل الأمراض الجسمية الحادة، أو صراعات عنيفة أو مواقف متأزمة.

وينتشر مرض الفصام بين أسرة الفصامي بمعدل أعلى من نظيره في المجموع العام للسكان، كما لوحظ أن انتشار هذا المرض بين التوائم الصنوية أعلى منه لدى غير الصنوية، وهذا دليل على أهمية عامل الوراثة.

ولكن لم يتفق الباحثون على طبيعة هذا العامل الوراثي: هل هو مورث Gene أحادي أو متعدد؟

كما تجدر الإشارة إلى أن الفصام بوصفه مرضاً ذهانياً لا يورث، بل أن ما يورث هو الاستعداد والتهيؤ والقابلية. وكل ذلك لا ينفى أهمية العوامل الأخرى.

2- العوامل الكيميائية الحيوية:

تم دراسة عدد كبير من المواد والتفاعلات بوصفها سبباً محتملاً للفصام مثل: الناقلات العصبية، والأدرينالين، الأندورفين، الدوبامين، السيروتونين، البروستاجلاندين، الجلوتين، الأنزيمات، المهلوسات، التاراكسين، فضلاً عن دور كل من المناعة والفيروسات.

3- العوامل الغدية والهرمونية:

وهذه العوامل تدرس كمية النيتروجين في الجسم، وهرمون الكورتيزون، كما ظهر أن معدلات الفصام تزداد بزيادة اضطراب الهرمونات كما في حالات: البلوغ وسن اليأس وبعد الولادة.

4- اضطرابات الجهاز العصبي:

ظهر أن بعض الأمراض العضوية التي تحدث في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بأعراض مرض الفصام (كزهري الجهاز العصبي والحمى الشوكية وبعض أورام المخ)، مع وجود اضطراب في رسم المخ لدى الفصاميين، فضلاً عن ضمور في الخلايا العصبية، وبعض التغيرات في نسيج المخ لدى بعض المرضى.

كما افترض بعض الباحثين وجود اضطراب في التمثيل الغذائي للبروتينات أو اضطراب المناعة الذاتية.

5- دور الشخصية قبل المرض:

افترض بعض العلماء وجود شخصية معينة قبل المرض تمهد للإصابة بمرض الفصام، وأهمها الشخصية الشبيهة بالفصامية والمضطربة، والتي تتسم بسلوك مغرب، وبالانطواء والانزواء والخجل وفرط الحساسية والخيال والهدوء وصعوبة التعبير عن الانفعالات والتبلد ونقص المبادأة.

6- العوامل النفسية:

أهم هذه العوامل اختلال في وظيفة استقبال المنبهات الحسية وضعف الأنا، واضطراب العلاقة بالمحيطين بالفرد، ويجب ألا ننكر عوامل الانعصاب والكرب والمشقة والضغوط في التأثير على الاستعداد الوراثي لدى الفرد.

أعراض الفصام:

ومن أعراض الفصام ميل المريض إلى النزعات الطفلية حيث لا يراعي العرف او التقاليد فقد يمارس العادة السرية في العلن وقد يكشف عن عورته دون شعور بالخجل. كما يصاب المريض بتبلد في العاطفة فلا ينفعل في المواقف التي ينفعل لها الشخص السوي، فقد يسمع عن وفاة أبيه ومع ذلك لا تهتز عاطفته.ومن الأعراض أيضاً أن المريض قد يجلس الساعات الطوال دون أي حراك بل يبقى جالساً منخفض الرأس ولا يشعر بما يدور حوله وإذا رفع الطبيب ذراعه مثلاً ظل مرفوعاً كما هو. ويمتاز بالسلبية التامة فيصعب اشتراكه في المناقشات ويغلب عليه الخمول والبلادة.

11- الهلاوس Hallucinations: وهي إدراك خاطئ أو استجابة حسية دون منبه وقد تكون هذه الهلاوس عبارة عن هلاوس سمعية، شمية، لمسية، تذوقية.

12- قد يصاحب الفصام أحياناً بأعراض جسمية مثل عدم اتزان الجهاز العصبي الأتونومي، ويظهر ذلك في برودة الأطراف وزرقتها وظهور بقع جلدية واتساع إنسان العين.

حالة واقعية لمريض فصامي:

وهي حالة طالب أمريكي جامعي بدأ المرض عنده عندما لاحظ عليه زملاؤه أنه يغلق على نفسه الحجرة، ولا يتناول طعامه مع بقية زملائه الطلبة بدأ يتهم زملاءه بسرقة أفكاره وسرقة مذكراته "الممتازة" وأصبح يعيش تحت وهم أن زملاءه كانوا يغيرون من "عقله الفذ" وأن هناك مؤامرة لأخذ أفكاره وطبعها وتوزيعها على بقية الطلاب حتى يستطيعوا أن يلحقوا به في التفوق كذلك كان يتهم بعض زملائه بوجود ميول جنسية تجاهه.

أما أسرته فقد قررت أنه كان طفلاً هياباً وكان يحب الأدب حباً شديداً، وكذلك القراءات الفلسفية ولم يكن له علاقات مع أفراد من الجنس الآخر، ولكن سلوكه كان جيداً، وكان الوالدان منهمكين في أعمالهما ولم يمنحاه كثيراً من الرعاية أو الانتباه ولكنهما كانا يمارسان ضغطاً شديداً عليه لكي يتفوق في المدرسة، وكان له أخ يكبره وكان هذا الأخ محل اهتمام الأسرة، وكان الابن المفضل عندها أما المريض فكان دائماً يعاقب لعدم اهتمامه بدروسه مثل أخيه.

أنواع الفصام:

هناك نماذج من الفصام أهمها:

1- الفصام البسيط Simple Schizophrenia:

ويتميز هذا النوع باضطراب الانفعال والنشاط وقلة الهلوسة وندرة الهذيان، ويبدو أن ذلك راجع إلى ما يظهر على الفرد من ضعف الوجدان وضآلة التفكير. وإذا كان المريض بالمدرسة قل اهتمامه بها تدريجياً حتى تسوء حالته الدراسية، ولكنه لا يهتم بذلك. وبتقدم المرض يصبح متقلباً في عواطفه سريع الاستثارة، وتضعف قوة دوافعه، لا يهتم بنقد الآخرين أو بآراء الوالدين. لا يشارك زملاءه نشاطهم فتبعد المسافة الاجتماعية بينه وبينهم، كما يفقد اهتمامه بالقيم الخلقية وبالناحية الجمالية، ويتصنع عدم الاهتمام بالجنس الآخر. وبعض المرضى من هذا النوع قد يصبح جانحاً أو متشرداً او منحرفاً جنسياً.. وهذا النوع من الفصام يتطور تدريجياً ولا يلاحظ إلا إذا تقدم شوطاً بعيداً حيث يظهر في اختلاف تفكير الفرد الذي يصعب عليه

التعبير عن نفسه، ولا يمكنه الاستمرار في أي حديث.

2-الفصام الطفلي Hebephrenia:

ويظهر عادة في بدء مرحلة المراهقة وبطريقة غير واضحة تخدع المتصلين بالمريض. والأفراد الذين يصابون بهذا المرض غالبًا ما يكونون من النوع غير المتزن انفعالياً، المثالي المتطرف في التمسك بالفضيلة، يؤنبه ضميره على كل صغيرة وكبيرة. ويصاحب هذا النوع من الفصام الشعور بالانقباض والاستجابة الوجدانية السطحية غير الملائمة للموقف. وكثيراً ما يضحك المريض بنوع من البلاهة وبدون أي سبب، ويبدو أن ذلك راجع إلى أن انفعالات المريض تتحول من الشعور إلى اللاشعور، فتتصل بالعقد والرغبات المكبوتة. وعليه يمكن اعتبار الاضطراب الوجداني نوعاً من تحويل العاطفة لا فقدانها كما قد يبدو.

ويتميز المريض بهذا النوع من الفصام بعدم ترابط الكلام أو تناسقه ورعونة الاتجاه... كما تظهر الهلوسات السمعية والبصرية التي تمثل إسقاط النزعات غير المقبولة. وتكثر الهذيانات غير المنتظمة وبخاصة هذيان الشعور بالمرض، فقد يعتقد المريض أن ظهره انقسم نصفين أو أن أحداً يسحب دمه، أو أنه فقد مخه أو أحد ذراعيه، إلى غير ذلك.

وعموماً يتميز سلوك المريض بالطفلية من حيث التبرز والتبول وطريقة الأكل، وتظهر الانسحابية الشديدة،ويتمثل انفصام الشخصية بأجلى معانيه.

3- الكاتاتونيا Catationia:

ويظهر هذا النوع غالباً ما بين سن 15، 25 سنة، وكثيراً ما يكون ظهوره بشكل حاد ونتيجة لاضطراب انفعالي شديد. واحتمال شفائه أكثر من أي نوع آخر من أنواع الفصام، ولكنه إذا استمر طويلاً قد يتحول إلى فصام طفلي أو فصام اضطهادي.

ويأخذ الفصام الكاتاتوني مظهرين هما:

1- تخشب كاتاتوني Catatonic Stupor:

وفيه يجمد المريض جسمياً ونفسياً، فقد يجلس الساعات الطويلة ثابتاً في مكانه دون أية حركة ولا يشعر هو الآخر بأية حركة من حوله، وإذا ما وضع في وضع معين ثبت فيه دون مقاومة، وأحياناً يشاهد واضعاً يديه على ركبتيه خافض الرأس مغلقاً عينيه أو محدقاً النظر إلى أسفل وكأنه مومياء. يمتنع عن الطعام ولكنه يأكل بشراهة عندما يشعر أنه غير مراقب، يطيع أي أوامر طاعة عمياء حتى ولو كانت نتائجها خطيرة، لا يخضع لأي مبادئ نظافة وبخاصة في عمليات الإخراج، فلا يحاول التحكم في التبول أو التبرز. ومع ما يبدو على المريض من عدم إدراكه لما يدور حوله، إلا أنه أحياناً حينما يفوق من حالة الجمود يحكي كل ما دار حوله بتفصيل مذهل، يتميز بالسلبية وأحياناً يلجأ في انسحابه إلى نوع من الغيبوبة التي تفصله تماماً عن العالم.

2-توتر كاتاتوني Catatonic Excitement:

ويتميز بنشاط حركي عدواني غير منظم وغير مصاحب بأي تعبير انفعالي وغير متأثر بأي مثير خارجي ولذلك يقوم المريض أحياناً بأعمال عدوانية غير متوقعة كأن يهاجم أي شخص أمامه ويكسر أي شيء يصادفه، وقد يمزق ملابسه ويظل عارياً، يتبول أو يتبرز دون أي اعتبار، وتكثر عند المريض الأزمات الحركية، قليل النوم، يرفض الطعام ويتناقص وزنه بسرعة، وقد يصل إلى حالة حادة من التوتر فينهار ويموت.

4-الاضطهادية Paranoid:

لا يظهر الفصام الاضطهادي بشكل واضح إلا بعد فترة طويلة ويكثر ظهوره ما بين نهاية المراهقة وسن الثلاثين وقبل ظهور المرض يتصف المريض بضعف العلاقات الشخصية والبرود، ولا يتفق مع الغير في الرأي، كثير الجدل والنقد اللاذع والمعارضة، يقاوم أي إيحاء أو سلطة وكثيراً ما تخفى استجاباته عداءً داخلياً.

وبتقدم المرض تزداد اتجاهاته السلبية حدة، ويضعف اتصاله بالواقع ويبدأ الهذيان الذي يعبر عادة عن الحاجات النفسية التي سببته. وأهم ما يميز هذا النوع من

الفصام وجود هذيان الاضطهاد، كما يظهر هذيان المرض وهذيان الانقباض أحياناً، وبتطور المرض يصبح مضمون الهذيان أقل منطقية ويخضع المريض لقوة دفع غريبة ويصبح تعليله للأمور غامضاً ولا منطقياً.

وقد تنطلق النزعات العدوانية المكبوتة في انفجارات، وبعض المرضى الذين يعانون صعوبة في النطق قد يقومون بهجوم غير متوقع على غيرهم.

والفصاميون من هذا النوع سريعو الاستثارة، غير راضين كثيرو الشك، يقاومون أي مقابلة علاجية، وقد يعيشون في عزلة مريرة، وعلى العموم تعتبر الاضطهادية نوعاً من الاستجابة الاسقاطية الدفاعية النكوصية وجدير بالذكر أن هذا النوع من الفصام هو أكثر أنواعه ذيوعاً وأقلها احتمالاً للشفاء.

وهنا قد نشير إلى أن هناك تشابهاً بين الفصام الاضطهادي وبين البارانويا (جنون العظمة)، حيث أن الاثنين يتميزان بوضوح تسلط هذيان الاضطهاد، وأنهما يحدثان عادة للأفراد الذين يتصفون بشدة الحساسية وبالعناد والتمركز حول الذات.

وهذا التشابه يؤدي أحياناً إلى الخلط بين الحالتين، إلا أن هناك فارقاً هاماً بينهما، وهو أن الفصام الاضطهادي يشمل جوانب الشخصية جميعها، في حين أن البارانويا تتركز حول الجانب الإدراكي، ولذلك يعتبر الهذيان فيها أولياً وأي مظاهر اضطراب أخرى تكون نتيجة له ومتصلة به. بمعنى أن البارانويا في أساسها اضطراب في الإدراك والتفكير يتبلور حول هذيان الاضطهاد ويبدو المريض بالبارانويا عادياً في نواحي سلوكه الأخرى إلا ما يتصل بهذا الهذيان الذي يبدأ بالشك المبالغ فيه، وبشعوره أنه مستغل من الآخرين. ثم يتطور ذلك إلى هذيان منتظم الاضطهاد يتحول في غالبية الأحيان أو يصاحب بهذيان العظمة، فيتصور بأنه ملك (هذيان العظمة)، وأن عرشه قد اغتصب منه (هذيان اضطهاد). وكان أي حديث معه يتصل بفكرة العرش أو الملكية يثيره إلى حد كبير، وفيما عدا ذلك كان طبيعياً ومنطقياً، بل والأكثر من هذا أنه كان يقرض الشعر، ويتحدث إلى زوار المستشفى بطريقة لا تلفت النظر.

وإذا نظرنا إلى الدراسات الحديثة نجد أنها تصف الخبرات السيكولوجية التي

تبدو أنها تقود إلى حالة الفصام بأن الحياة الأسرية كانت تتصف بالشجار والنقار والخصام والاحتقار والنقد.فالطفل المنبوذ Rejected Child الذي كان يعاني من النقد والفوضى يشعر بعدم الأهمية وبعدم احترام ذاته وبعدم احترام الإحساس بالذاتية أو الكيان الذاتي Personal Identity فهو لذلك يتوقع عدم القبول الاجتماعي ولذلك فهو ينزع نفسه بعيداً عن عالم الصد والزجر والمنع لكي يتجنب الشعور بالأذى.

وعلى كل حال يعد الفصام أكثر الأمراض النفسية خطورة ويمثل أكبر نسبة من مرضى المستشفيات العقلية وأكثرهم بقاء فيها، حيث يبلغ متوسط مدة بقاء المريض في المستشفيات الأمريكية نحو 13 عاماً، وتتراوح نسبة ما يشفى من هؤلاء المرضى بين5،30٪ أما بقية الحالات فتظل في تدهور حتى الوفاة وعادة ما يقسم الفصام إلى أنواع مختلفة كالفصام البسيط Simple Schizophrenia والفصام الاضطهادي Paranoid.

كان البعض يربط بين الفصام وبين التكوين الجسمي، ويرون أن استعداد الفرد التكويني والعمليات الحيوية تؤدي إلى ظهور أشكال خاصة من التكوين الجسمي والاستجابات العقلية. وقد ظهر أن ربط الفصام بتكوين جسمي معين كالنمط الواهن والنمط الرياضي أمر مشكوك فيه إلى حد كبير.

ويهتم علماء الطب العقلي في الوقت الحاضر في دراستهم لشخصية الفصامي بنوع العلاقات السائدة في جو الأسرة ومدى ما حققته هذه العلاقات من الإشباع العاطفي للطفل، وشعوره بالأمن وبتقدير الذات، وما وفرت له من الفرص لحياة انفعالية متزنة. فقد وجد أن الكثيرين من مرضى الفصام عاشوا حياة أسرية مضطربة لا توافق فيها ولا انسجام، ففي معظم الحالات كان الأب دكتاتوراً عدوانياً، والأم من النوع المسيطر تفرض إرادتها على الطفل.

ويقول دسبير Despert في وصف أمهات مرضى الفصام "تميزت الأمهات بالعدوانية وزيادة القلق مع تقلب بين الإقبال على الطفل والبعد عنه. ومع أن مثل هذا التقلب يظهر بين أمهات العصابيين، إلا أنه أقل حدة عنه في الفصاميين. ثم أن الرفض الشديد كان صفة واضحة للعلاقة بين الأم والطفل الفصامي.

والفصامي شديد الحساسية غير سعيد وغير اجتماعي، يشعر بالوحدة قليل الكلام إلى درجة كبيرة، جاد المظهر، ويشعر بعدم الأمن وبأنه غير محبوب وغير مرغوب فيه، ويجد صعوبة في أي علاقات وجدانية مع الغير. وهو عادة من النوع السلبي الاعتمادي، يفشل في الوصول إلى نضج اجتماعي يؤهله لحياة اجتماعية متكيفة.

وقد وجد من خلال الدراسات المتعددة أن أم الفصامي تفرض عليه حماية زائدة وترسم له خططه وتحدد له خطواته فلا يعيش حياة اجتماعية طبيعية، وهي لا تعطيه فرصة التحرر منها انفعالياً. أما الأب فهو لا يعتبر مؤثراً فحسب في الاضطراب الانفعالي لمثل هذا الطفل، ولكنه يعتبر مصدراً لهذا الاضطراب إذا كان سلبياً بليد العاطفة نحو طفله، أو دكتاتوراً يتصف بالسادية Sadistic وفي العادة يعاني آباء الفصاميين من الأفكار القهرية التي تنعكس على أطفالهم فقد وجد أن هؤلاء الأطفال كثيرو الانشغال بعد الأشياء ووضعها في قوائم في وقت لا يمكنهم فيها القراءة بمفردهم. فمثلاً استطاع طفل في سن الخامسة (تسميع) 25 سؤالاً وجواباً وتعداد 25 نوعاً من الغزال ومعرفة كلمات 37 أغنية للأطفال، وذلك كله لاهتمام والديه بتعداد الأشياء التي تعلمها.

التفسير الإكلينيكي للفصام:

يتضح من خلال فهم الأسباب الحقيقية لمرضى الفصام يتطلب معرفة تفصيلية دقيقة بتاريخ حياة المريض، فمن خلال هذه المعرفة يستطيع المعالج تحليل مختلف العوامل التي تدخلت في تطور شخصية المريض ومنها: الصراعات الداخلية، وإلحاح الدوافع والرغبات الغريزية مع استمرار رفضها، والشعور بالذنب، وعدم الأمن انفعالياً وجنسياً... الخ.

كما يجب فهم الصراع بين المثالية المتصنعة وبين النزعات الجنسية وخاصة في فترة المراهقة، فقد تكون معايير الفرد متعصبة إلى درجة لا تتيح له التوفيق بين دوافعه الفطرية، ولا يمكنها تحمل زيادة الشعور بالنقص.

أن الاستجابات الفصامية تتميز بالانسحاب والعزلة والتطرف في أحلام

اليقظة والشعور بالوحدة.وهذه كلها وسائل دفاعية ضد إحباط وصراع ناتج عن علاقات غير سوية، بل وغير صحيحة بين الطفل ووالديه، وجو انفعالي مضطرب يؤدي إلى شعور الفرد بالقلق والذنب والقلة.

ويكثر ظهور الفصام بين بداية المراهقة وفترة الرجولة، وبخاصة في نهاية المراهقة وبداية الرشد، علماً بأن معرفة تاريخ حية مرضى الفصام بالتفصيل تدل على وجود استجابات فصامية من وقت مبكر جداً، بل وأحياناً أعراض فصامية.

ومن خلال الدراسة نجد أن معدلات انتشار Prevalence الفصام (عدد حالات الفصام المشخصة خلال عام سواء أكانت لأول مرة أم قديمة) تتراوح بين 0.9، 3٪ من المجتمع. أما معدل حدوث Incidence الفصام (عدد الحالات الجديدة التي تشخص سنوياً) فتتراوح بين 0.04٪ ، 0.7٪ من الجمهور، وتحدث ثلاثة أرباع الحالات تقريباً بين 15، 40 عاماً، وينتشر بنسبة واحدة تقريباً بين الجنسين، ولكنه يصيب الذكور في عمر مبكر عن الإناث، ويكثر بين غير المتزوجين، وبين الأطفال ذوي الترتيب الأخير. ويوجد في كل بلاد العالم - بمعدلات متفاوتة - برغم اختلافها في سلم التحضر. ويزداد انتشاره في المدن المكتظة بالسكان، وبين الطبقات الفقيرة، وكشفت بعض البحوث عن ازدياد معدل ظهوره في بداية فصل الصيف وفي فصل الخريف، على حين دلت بحوث أخرى على زيادة انتشاره في فصل الربيع.

ليس هناك شكل للعلاج يأخذ صورة من تخفيف الأعراض المتعددة لهذا المرض. والعلاج هنا يأخذ أشكال متعددة منها:

أولاً: العلاج الوقائي:

وهو تجنب العوامل النفسية المؤدية إلى مرض الفصام التي قد تصيب الفرد منذ البداية.. وبذلك نستطيع أن نتجنب ظهور الفصام.

ثانيا: العلاج للحالات المرضية:

ونلاحظ أن هناك عدة مداخل علاجية تساهم في الأخذ بيد المريض إلى الشفاء أو التحسن وهذه المداخل هي:

1- العلاج الكيميائي.

2- العلاج الكهربائي.

3- العلاج النفسي ويأخذ صورتين:

أ- العلاج الفردي.

ب- العلاج الجماعي

4- العلاج الاجتماعي ويشمل جانب الأسرة والعمل.

ونقترح كذلك أن يكون علاج المريض مع أسرته لربطه بالواقع وعدم عزلته عن حياته وخاصة إذا كان جو الأسرة الانفعالي مناسباً وضغوطها النفسية ضئيلة، ولكن هناك دواعي لإدخال المريض المستشفى هي:

1- الملاحظة للمريض وتشخيص وإجراء الاستقصاءات النفسية والاجتماعية والجسمانية اللازمة.

2- حماية المريض أو المحيطين به من نزعاته العدوانية التي لا يمكن ضبطها خارج المستشفى.

3- أبعاده عن الضغوط الأسرية أو البيئية التي تساهم في تدهور حالته.

4- رفض المريض العلاج وعدم استطاعة الأهل تنفيذ البرنامج العلاجي.

المصادر

1- أحمد عبد الخالق (1993) أصول الصحة النفسية - الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

2- أحمد عزت راجح (1964) الأمراض النفسية والعقلية: أسبابها وعلاجها وأثارها الاجتماعية - القاهرة، دار المعارف.

3- أحمد عكاشة (1992) الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

4- ارنوف، ويتيج، 1971، مقدمة في علم النفس، دار ماكجروهيل، للنشر، جمهورية مصر العربية، القاهرة ص287.

5- البهى السيد، فؤاد الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي ص374.

6- العيسوي، عبد الرحمن، "1990"، أمراض العصر - الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية) ص274-262.

7- العيسوي، عبد الرحمن، "1990"، الأعصاب النفسية والذهانات العقلية، بحث ميداني في الأمراض النفسية والعلية الشائعة، الإسكندرية، دار النهضة) ص310-321.

8- اليزابيث ك - موسون، نظريات حديثة من الطب النفسي - تأليف البروفسورة إشراف وتعليف محمد أحمد نابلسي، ترجمة نبيل حسين أغا د. محمد بدوي.

9- انتصار يونس (1993) السلوك الإنساني - الإسكندرية، دار المعارف.

10-حامد زهران (1978) الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتاب، الطبعة الثانية.

11-حامد عبد السلام زهران - الصحة النفسية - الطبعة الثانية.

12-حسام الدين عزب (1981) العلاج السلوكي الحديث: تعديل السلوك القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

13-خليل الشرقاوي، مصطفى، علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ص296.

14-د عزيز فريد، الأمراض النفسية العصابية - علمياً - عملياً - تشخيصاً- علاجياً، - الشركة العربية للطباعة والنشر.

15-د. عطوف محمود ياسين، علم النفس العيادي الإكلينيكي، ، دار العلم للملايين.(1981).

16-د. فيصل محمد الزراد، تعديل السلوك البشري، تأليف هارولد يجنالد - تعريب - المريخ للنشر، سنة 1992.

17-د. محمد عماد فضلي ، الأمراض العصبية - ماذا تعرف عنها -مركز الأهرام للطباعة والنشر - سنة 1991.

18-صادق، أمل، أبو حطب، فؤاد، "1990"، نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة الشيخوخة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الرابعة) ص430- 431.

19-عباس محمود عوض (1980) مدخل إلى الأسس النفسية والفسيولوجية للسلوك، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

20-عدس، عبد الرحمن، توق، محي الدين، "1986"، المدخل إلى علم النفس، ط2) ص379.

21-عيسوي، عبد الرحمن، "1989"، اضطرابات الشيخوخة وعلاجها، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر) ص50- 51.

22-محمد القذافي، رمضان، الصحة النفسية والتوافق، دار الرواد للنشر، ط2، 1994 ص134.

23-محمد عبد العزيز، مفتاح 2001، المدخل إلى الصحة النفسية والعقلية، دار المعرفة للطباعة بنغازي، ط1 227- 228.

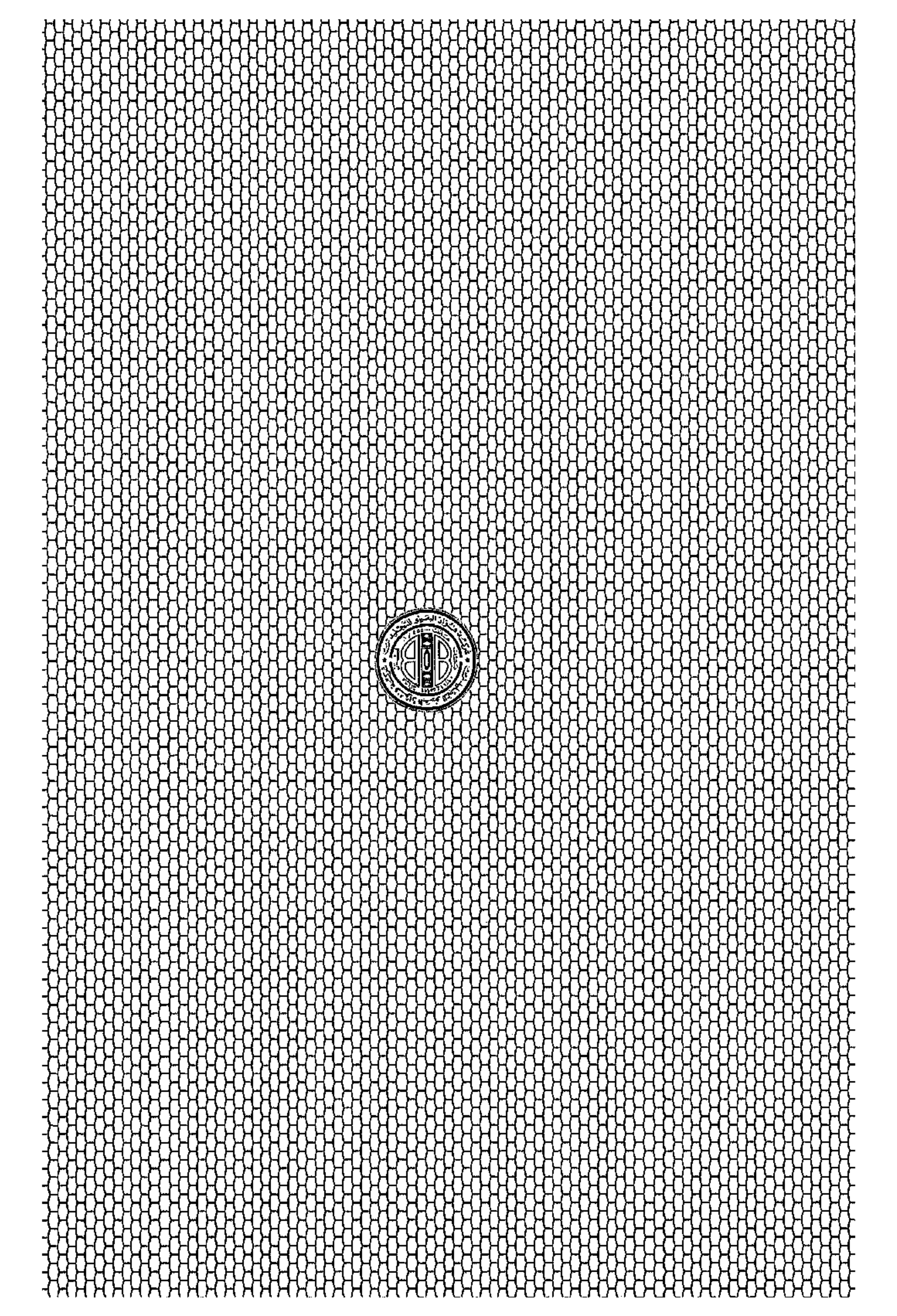
24-محمد عودة محمد، كمال إبراهيم مرسي (1984) الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، الكويت، دار القلم.

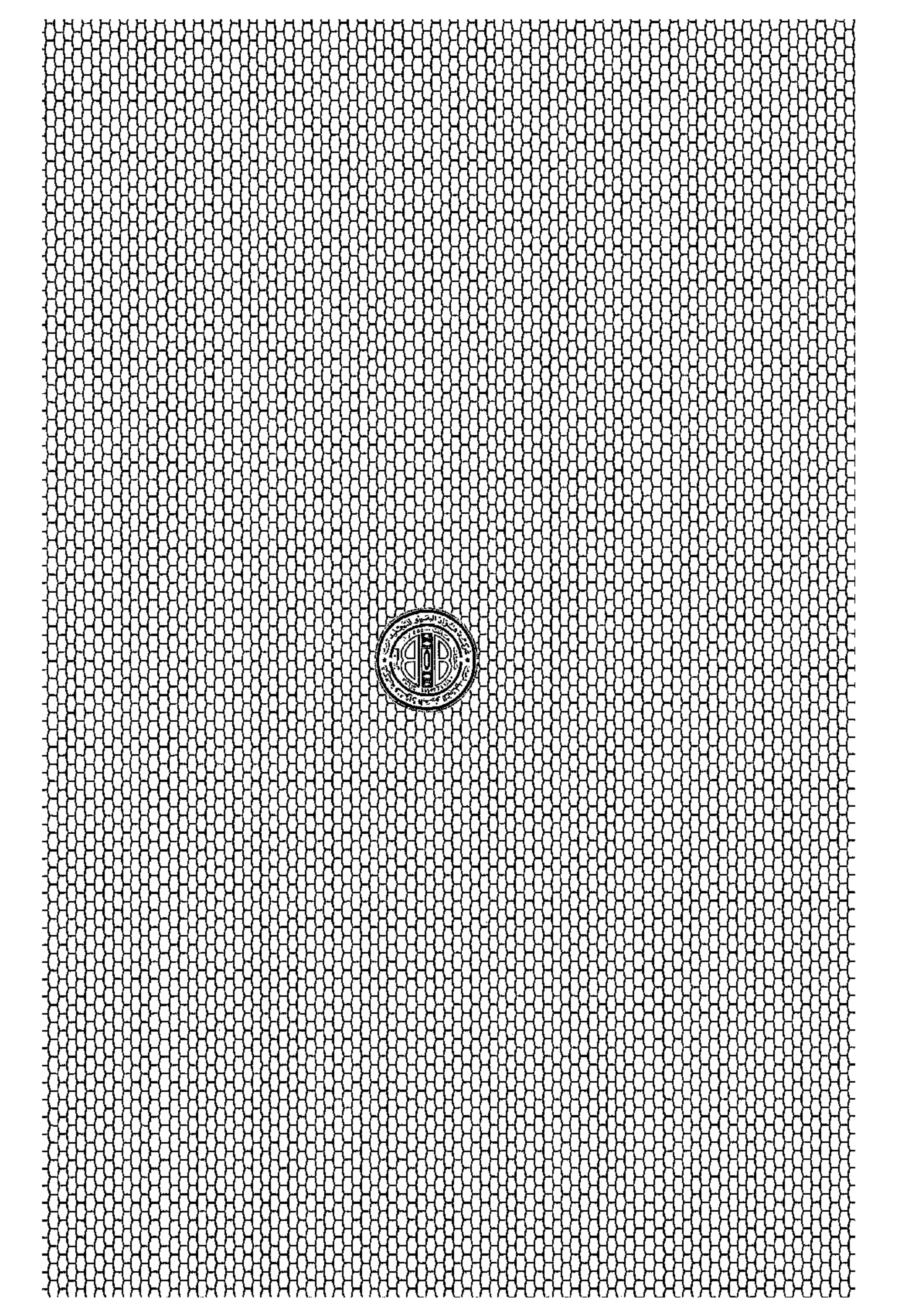
25-محمود حمودة (1991) الطب النفسي: النفس أسرارها وأمراضها القاهرة، مكتبة الفجالة.

26-محمود عوض، عباس، "1994" المدخل إلى علم النفس النمو: الطفولة. المراهقة. الشيخوخة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية) ص171.

27-معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، د.فرج عبد القادر طه - محمد السيد أبو النيل - شاكر عطية قنديل - حسين عبد القادر محمد- العميد مصطفى كامل عبد الفتاح، الطبعة الأولى) ص169-229.

28-مفتاح محمد عبد العزيز، دار النهضة العربية سنة 1989، علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة، دار قباء للنشر. سنة (2001).





Clinical Psychology

Prof.
d J. Al-Obaidi



ISBN 978-9957-16-408-9





أسسها خالد محمود جبر حيف عام 1984 عمان - الأردن
Est. Khaled M. Jaber Haif 1984 Amman - Jordan
www.daralthaqafa.com